Häufig gestellte Fragen bis zum 24.06.2021

G = Gamar
F = Fadi

Chirurgie + GIT

1-Wunde: primäre und sekundäre wundheilung

1-Wundheilung, Wundversorgung, Wundreinigung,
2-Vacuum assisted closure-therapy V. A. C. Therapies, Decubitus
3-Was sind die Heilungsphasen einer Wunde? Beispiele für chronische Wunde?
4-Was sind die Typen von Ulcus Cruris?
5- Was verursacht Ulkus Cruris Venousum.
6-Was ist die wichtigste Therapie dafür? Die Kompression.
7-Was passiert beim diabetischen Fuß?
8-Warum kommt zu Wunde? Was sind die Typen?
9-Welche Beschwerden haben die Patienten? Sensorische und motorische? Ist das Vegetative System auch mitbetroffen?
10- chirurgische Wundversorgung (lokal Anästhesie nicht vergessen)
11-Medimament, das die Wundeheilung stört? (Glukokortikoide)
12-was für Wundearten gibt es?

2-GI-Blutung (Ösophagusvarizen)
1- Pat. Kam zu Ihnen als Hausarzt mit Meläna, was machst du?
2- Obere und Untere Gastrointestinale Blutung?
3-Behandlung wenn es Osophogealvarizen?
4-Medikamentöse und Endoskopische?
5-Wieso Terlipressin und wieso Erythromycin?
6- wenn ist Ulkus Blutung, wie ist die Behandlung?
7- Pat. Kommt mit GIT Blutung, niedrige RR und Tachykardie? Schock! Viggo legen und Flüssigkeit geben.
8- Pt mit massive GI Blutung was machen sie (er wollte Notfall Bluttransfusion hören)
und wie gehen Sie weiter?? Zeichen der Instabilität.
9- Ulkus Krankheit Therapie und Klassifikation
10- Z-Linie zeichnen
11- Weitere GI-Blutung Diagnostik (DRU, Hämoccult, ÖGD, Koloskopie)
Vor ÖGD bei einem stabilen Pat. was sollen Sie machen (hier habe ich zuerst nicht richtig kapiert was sie meinte, dann fiel mir ein, dass man vor Invasive-Diagnostik immer Aufklärung machen soll)
Die Pat. hat im ÖGD Gastritis welche Typen kennen Sie (A, B, C mit kürz Beschreibung)
Bei der Patientin wurde HP bestätigt Behandlung (Französisch, Italienisch, oder Pylera)
12- Forrest Klassifikation. Was müssen wir den Patienten gezielt fragen. Behandlung.
13-Fall:
GI Blutung, Tachykard, Hypoton, wie gehen sie vor: Zugang, Volumen kristalloid oder Kolloid: geben wir Kolloid?: heutzutage nicht. stabilisieren, endoskopisch Blutstillung: Sklerosierung(ja machen wir bei Ulkus Blutung), Varizen Ligatur und TIPSS. TIPSS ist eine schöne Idee hat sie gesagt. Medikament?: beta blocker zur Druck Entlastung.
14- Ursache für GI Blutung: alles genannt und hat sie über Mallory Weis Syndrom gefragt(hier habe ich nicht geantwortet).

15- Ursachen und Behandlung von Ösophagusruptur (Boerhaave Syndrom)?

3-Magen Ulcus 6f
1-Diagnose: Gastroskopie.
2-Was muss man unbedingt machen? Biopsie. HP oder Karzinom.
3-Was muss man den Patienten fragen? Ob er regelmäßig NSAR oder Kortikoide einnimmt. 4-Was wenn freie Luft in Abdomen Übersicht? Perforation. Notfall OP.
5-Was sind andere extra abdominelle Krankheitsbilder die mit Oberbauchschmerzen vorkommen: Herzinfarkt, basale Pneumonie.

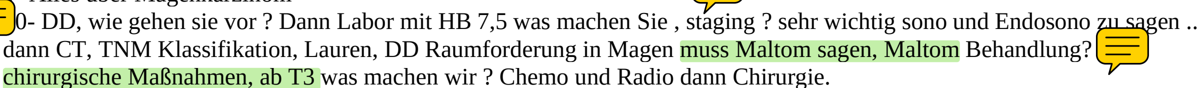
3-Wie äußert sich die Schmerzen bei intraperitoneale und retroperitoniale Organe
???

4-Magen Karzinom chiruugie 1 seite13

1-Klassifikation nach lauran
2-Magen-Ca, DD, Therapie?
5f 9g 3-Vaskularisation von Magen?
9g 4-Aortaabdominalis zeichnen.
5-Päkanzeröse Zustände (Entartung)

Abdallah Hamdan - Moustafa Hendy

6-70j Pat. berichtet über seit langem bestehenden dampfartigen Oberbauchschmerzen - mittig lokalisiert von unter den Rippen bis Umbilicus. seit 2 Wo. zunehmend. Dazu Übelkeit, Appetitlosigkeit. alle anderen Beschwerden wurden verneint. Gastritis, Anämie bekannt. Raucher
(Diagnose: Magenkarzinom)

7- Magen.ka Klassifikation, Behandlung,TNM staging, Virchow Node
8- nach die Palliativ Therapie gefragt und die Palliativ Team woraus besteht es welche Abteilungen? Psychologisch, Onkologie, Seelsorge und Schmerztherapie. sozialarbeiter
9- Alles über Magenkarzinom

10- DD, wie gehen sie vor ? Dann Labor mit HB 7,5 was machen Sie , staging ? sehr wichtig sono und Endosono zu sagen .. dann CT, TNM Klassifikation, Lauren, DD Raumforderung in Magen muss Maltom sagen, Maltom Behandlung? chirurgische Maßnahmen, ab T3 was machen wir ? Chemo und Radio dann Chirurgie.

(18g) 45f
11- Pathologie Staging : pTNM Klassifikation mit G2 WHO histologischem Grad und R0 Resektion - TNM Bedeutung geklärt, G1,2,3,4 Histo, R0,1,2 Resektion geklärt.

12-Fall:
Start mit Patientenuntersuchung: 66 jähriger Patient, beklagte Müdigkeit und Appetitlosigkeit seit 6 Monaten, Gewichtsverlust, Oberbauch Schmerzen. Keine regelmäßige Medikamente, H.Pyluri Infektion vor 4 Jahren komplett ausgeheilt, Raucher mit 10 Zig seit 50 Jahren, Alkohol gelegentlich, Keine Drogenerfahren, habe Allergie gegen Penicillin, Vater hatte "Magen Probleme", Miktion und Defäkation unauffällig, keine Nause oder Vomitus, Verheiratet mit 2 Kinder, Rentner. Die Anamnese war ganz normal und ruhig, Pat war kooperativ und hat gut gesprochen, diese hat circa 15 Minuten gedauert, dann erfolgte die Körperliche Untersuchung. Ich habe die Stethoscope nicht disinfeziert, da ich meine Instrumente zu Hause disinfeziert habe. Der Prüfer hat mir hingewiesen, diese muss im Alltag vor dem Patienten gemacht werden, ok. Dann habe ich mit Abdomen Untersuchung angefangen, Prüfer hat mir danach gezeigt, wie Man das Bauch richtig untersucht, nur hat er so gemacht um meine Praktik zu korrigieren, also keine Angst haben. Schließlich habe ich ganz schnell die Lunge, Herz, Arterielle Gefäße, und Reflexe überpruft.
Fragen:
1-was wurden Sie machen.
2-Waren bei ihm Loslass Schmerzen oder Abwehrspannung vorhanden.
3-Worauf weisen diese Zeichen hin. Welche Laborwerte sind bedeutsam.
4-Welche typ von Anämie ist bie ihm zu erwarten.
5-Wie bestimmen wir das. Welche diagnostischen Maßnahmen.
6-Was ist ihre Verdacht Diagnose.
7- Welche Erkrankungen führen zu Oberbauchschmerzen.
8-Was spricht für eine Maligne Erkrankung: Patientensalter, Gewichtsverlust, und Nachtsschweiss.
8-Wie heißen diese Symptome: B-Symptom, wichtig bei Anamnese ist zu fragen, ob das Schwitzen Nachts, in Ruhe, oder bei Hitze und Körperlicher Aktivität auftritt, um das Normale und krankhafte Schwitzen abzugrenzen.

13- Welche bösartige Tumoren des Magens kenne ich? Außer Magenkarzinom wollte er MALT und Sarkom hören
14- Fragen über TNM Klassifikation tief gefragt, was bedeutet T0, dann 3 Säulen von der onkologischen Behandlung, dann Unterschied zwischen normalen und ökologischen Operationen, dann irgendwie kam dazu auch interdisziplinäre Tumorkonferenz, dann wie viel Lymphknoten müssen wir bei der Op entfernen so dass Pathologe ein Staging machen können (16).

Mucosa-assoziiertes lymphatisches Gewebe-Lymphom
15- Magentumoren (Magenkarzinom, MALT-Lymphom, Sarkom), Staging, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten (operative Therapie, Chemotherapie, palliative Therapie) vorher Tumorkonferenz.

16-Fall:
Herr Siegfried Breuer. 67 Jahre alt, 1,81 m groß und 80 Kg schwer.
Der Pat stellte sich bei und wegen ungewolltem Gewichtsverlust (8 kg über ein Jahr) und seit einem 6 Monaten intermittierender und seit einer Woche dauerhafter dumpfer Schmerzen ohne Ausstrahlung vor. Er habe mehrmals in letzten 6 Monaten auch mehrmals erbrochen nach Essen ohne sichtbare Hämatemesis. Der Stuhlgang sei auch in letzter Zeit dunkler geworden. Die Vegetative Anamnese sei unauffällig (kein Fieber, kein Schüttelfrost) gewesen. Der Appetit sei insgesamt unauffällig.
Vorerkrankung: -Gastritis B mit Helicobacter pylori vor 5 Jahre, wurde medikamentös damals behandelt ohne Probleme.
arterielle Hypertonie: seit 4 Jahren
Hyperlipidämie seit 20 Jahren
Z.n. Tonsillektomie vor 50 Jahren
Exraucher:
2-3 Gläschen Wein wöchentlich
Allergie gegen Pfirsich
Die Mutter sei altersbedingt gestorben
Er sei geschieden und habe 2 Söhnen (gesund) und lebe alleine.
Fragen:
-Wie möchte Sie Vorgehen? Labor: BB und Tumormarker, Welche? CA 19-9, CEA
-Warum BB? Vielleicht der Pat hat Anämie.
-Welcher Typ? es könnte normochrom und normozytär oder Bei Eisenmangel mikrozytär und hypochrom sein.

 Abdallah Hamdan - Moustafa Hendy

-Bei Eisenmangel- Anämie was Kontrollieren wir noch? Ferritin, niedrig,
Dann Sonographie und Gastroskopie (ggf., Biopsie aus dem Antrum und Kleiner Kurvatur und der Großen Kurvatur)
-Warum machen wir Endosonographie? damit wir die Ausdehnung des Tumors und ggf. Befallen der Lymphknoten (T.N) beurteilen
Infiltration der Muscularis propria 3–6 regionäre Lymphknoten
-Was bedeutet T2 und N2: T2? **Musculus** perforans befallen, N2 Lymphknoten in der Nähe befallen Z.n. Periorbital (Vielleicht richtig oder nicht war ich nicht sicher mit N2 Antwort)
-Wie behandeln Wir bei T2? Magenresektion mit Roux und Y Technik.
-Welche möglichen Komplikationen von Magenresektion? Dumping-Syndrom (Frühstadium oder Spätstadium)
-Welche Komplikationen passieren bei Spätstadium? Durchfälle, Hypovolämie und Elektrolyten Störung und Hypoglykämie.

17-Fall:
Frau H. (71 J) stellte sich wegen seit 6 Monate bestehende Bauchschmerzen im oberen Bauchbereich vor, die Schmerzen werden von Pat. als Druckgefühl am schlimmsten im Magenbereich, die Schmerzen seien dauerhaft präsent und lassen sich durch Ernährung nicht beeinflussen., dazu besteht Übelkeit und Sodbrennen. Pat. gab an, dass sie einen geminderten Appetit habe und habe keine Lust mehr Fleisch zu essen, sie habe in den letzten Jahr 8 Kg abgenommen, nicht gewünscht. Auf Nachfrage gab die Pat. an dass die Beschwerden in den letzten drei Wochen sich verschlechtert haben, außerdem habe habe sie zuletzt bemerkt, dass ihr Stuhl schwarz verfärbet sei. Sie sei jetzt besorgt, weil ihr Mutter an Brustkrebs gelitten hat und habe Angst, dass sie auch was Bösartiges hat. An Vorerkrankungen arterielle Hypertonie mit Ramipril 5 mg morgens eingestellt und Arthrose von Kniegelenk und Hände wegen Schmerzen an der Gelenken habe sie mal Ibuprofen eingenommen aber nur bei Bedarf und laut Pat. nur 400 mg und nicht oft. Zu weiteren Angaben ist zu erwähnen, dass die Pat. seit dem 17. LJ. 20 Zig pro Tag rauche (54 P/Y). KU war bis auf Druckdolenz in den oberen Quadranten, am schlimmsten im Epigaster region.
V.d: Magenkarzinom ,DD erwähnt zusammen mit Cholezistitis.
Fragen:
- welche Untersuchungen entscheiden würde (differentialdiagnostisch auch)
-was würde ich bei Labor untersuchen lassen, unter anderem? habe ich hier gesagt Amylase uns Lipase,
-der Prüfer fragte ob es nur Lipase ausreichen würde um eine Pakreaskranheit Auszuschlissen, Ja. - wo wird noch Amylase produziert? Paraotis
-welche Erkrankungen von Parotis Amylase erhöht sein kann
-hier wurde auch wegen Impfungen kurz gefragt, weil ich kam nicht direkt zu Mumps als Erreger
- Therapie von Magenkarzinom blieb dann nicht mehr Zeit übrig.
- es wurde eine kleine Metastase im Leber gefunden was sollte man tun? neoadjuvante Therapie dann Resektion.

18-Fall:
Magen Karzinom Fall:
Fragen:
-RF für MagenCa, Klasiffikation.
-Was machen sie weiter? STAGING. wie?
-Wie bestimmen wir die Dg von Helicobakter Pylori? Endoskopi mit probeentnahme.
-Wie behandelt man das? Italienische, Französiche, Bismuth Schema.
-Wie sind diese Kombinationen?
-Gibt es eine andere Metode um die HP Dg in Praxis zu bestimmen?
-Andere Ursache für Oberbauchschmerzen? Ich habe gesagt Pankreatitis
-fragen über die 1 und die 2 häufigste Ursache des akute Pankreatitis?
-Müssen Pat mit akute Pankreatitis Staionar behandelt?
-Was ist wichtig in der Therapie? Flüssigkeiten. Wie Viel?
-Warum brauchen so viel Flüssigkeiten diese Pat? Andere Ursache von ObSch merzen?

19-Fall:
Eine 63 jährige Pat. stellte sich vor, wegen der seit mehreren Wochen bzw. einige Monaten bestehenden und in der letzten Zeit zunehmenden Inappetenz und unspezifischen abdominalen Beschwerden wie Völlegefühl und rezidivierenden Oberbauchschmerzen sowie ein Unwillkürliches Gewichtsverlust von 8 Kilo innerhalb 6 monaten. Ferner berichte die Patientin rezidivierende sich gehäufte Erbrechen und übelkeit. Auf Nachfragen werden dazu rezidivierende Meläna berichtet. Hier fügte die Patientin dazu , dass sie vor ca. 4 jahren mit ähnliche symptomatik eine Ambulante Magenspiegelung bekommen habe und damals eine H. Pylori festgestellt und ebenfalls erfolgreich eradikiert wurde.
Die Fragen nach belastungsabhängige AP beschwerden bzw. luftnot oder Kollapsneigungen sowie Abneigung gegen Fleisch werden verneint. ein Zusammenhang mit der Mahlzeiten wurde nicht beobachtet. Gegen dieser Synptomatik habe die Pat keinerlei Schmerzmedikamenten eingenommen oder einen Arzt besucht.
Familiaer bestehen keine Malignität jedoch eine Prädisposition zu kardiale Erkrabkungen (mutter und vater beide Herzinfarkte und herzinsuffzienz sowie mehrere schlaganfaelle bei der Mutter)
Sie wohne mit lebenspartner zusammen und sei rentnerin.
Keine Vorerkrankungen, -operationen oder -medikationen.
Fragen:
wirschow drüse : wo sitzt das was für eine andere Name hat das .
Welche Verdachtsdiagnose , welche DD haben Sie, Diagnostik. Laborbefunde (eisenmangel) radio-Chemoption ?
-Ein Bild mit blutende Ulcus duodeni preparat (laparatomie) : das Bild war nicht klar daher hat er erklärt was das ist. Was machen Sie jetzt ? Wie stoppen wir es ? Operative Blutstillung mit Resektion der Ulcus , ggf magen ganz /teilresektiion..

robotische chirurgie gerät : davinci (hier habe ich picasso gesagt und die haben 2 minuten gelacht)

20f 46g

5-Cholezystitis, Cholelithiasis, Choledocholithiasis

1-wie viel mm Ductus erweitert. Die Weite des DHC soll etwa 7 mm nicht überschreiten.

2-Cholestase Parameter Gamma-Glutamyltransferase (γ-GT)Alkalische Phosphatase (AP)Gesamtbilirubin



3-Ursache für Hyperbilirubinämie (prehepatisch,hepatisch und posthepatisch)
4-Choleyzstektomie (Laparoskopie- welche Struktur Unterbindung und schneiden)
5-Bei Cholezystits musste der Prüfling ein Bild von Gallenwegen malen und die Komplikationen von Cholezstektomie sagen (Hep. A Schädigung)
6-was sind die Leber (Synthese Parameter), Cholezystitis.

7- Wo legt man den Schallkopf um Gallenblase zu untersuchen (2 Fenster; unter Rippenbofen + durch Leber über die Rippen)
8-Dann OP, wann innerhalb 24 Stunden, wie Laparoskopisch, wie funktioniert die Procedere , für Ligaturen ductus cystycus und Art. Cystica, Calot Dreieck ,

generell
9-Kontraindikationen von Laparoskopie, COPD, Herzinsuffizienz wegen CO2.
10-Dann Komplikationen nach OP, Entzündung, Gallenleck von wunde was soll Mann machen
11--Funktion der Amylase, Trypsinogen, Lipase gefragt.
12-Warum wird Amylase bereits im Mund synthetisiert? weil Hinsicht der Evolution ist wichtig für die Raubtiere Glukose von der Nahrung so schnell wie möglich zu entziehen deshalb fängts bereits im Mund die Verdauung der Kohlenhydrate.

8-Acute Cholezystitis:

1- Komplikationen bei Zysticus Clip (DHC).
2- bedeutet Cholyz.? Definition? Ätiologie ? Steintypen ? Ursachen für Steine, Risiko Faktoren?
3-Wie verursachen die Steine Cholyz? Also pathophysiologie , anatomisch ? Labor : leberwerte , Entzündung , welche Entzündung Werte bestimmen Sie ? BB, CRP , Procalcitonin.
4-Gibt's noch ein Entzündungwert der leider nicht häufig verwendet wird ? BSG . Verlängert oder verkürzt ? Verlängert.
5-Alle Labore sind da , was wollen Sie noch Diagnostik machen? Sono , sono Befund , Wandverdickung , mögliche Steine
6-Murphy Zeichen Erklärung ?
7-Dann kam das Wort gallenblasenhydrops , was ist das ? Therapie , was geben Sie als Antiemitika ? MCP , Dosieung ? Schmezmittell ? Was sollen Sie die Patientin noch fragen ? Allergien.
8-Was geben Sie als AB? Cipro+ clont, bei Sepsis Pip/Tazobac, bestimmte AB weg. 9-Bakterienspektrum , welche Keime verursachen Cholyz.? Aufsteigende Bakterien vom Darm gram negativ (E. coli, Klebsiella, Enterobacter, Anaerobier).
10-Gibt immer AB oder kann man auch operieren? Wann sofort operieren oder ein bisschen Zeit lassen ?
11-Komplikationen der Cholyz. ohne op ? Dann hat Prof. Bara nach DD gefragt , pylonephritis/Nierensteine , wie haben Sie das ausgeschlossen? Sono , körpl. Untersuchung , 12-Labor DD Ulcus , wie wären die Symptome bei ulcus?
13- Was ist eine ERCP ?.. Denn hat er über cholangytis gefragt, was erwartet man im Labor und Sono
14-Therapie von Cholangitis (Antibiotika, ERCP und ggf. binnen 72h OP)
15-Was machen wir wenn keine Chilangitis nur Chilezustitis (OP erste 24h).
16-Physiologie der Bildung der Galle .
17-Gallenblasenkarzinom:
10g -Cholodochkarzinom, Arten und Klassifikation, über die Operation und wie heißen diese Operationen.
18- was ist Murphy Zeichen
19- was sehen in Sono , ERCP MRCP
20- die Komplikationen bei Choly mit lithiasis
21- komplik nach ERCP
22- die Therapie und dann operative Vorgehen (ich habe bisschen detailliert z.b frei Preparation in Calot drei Ecke Ductus Cysti sowie Ar. Cysti Absetzen sodass der Chirurg war zufrieden)
23- Was können wir bei perforierte Cholezystitis oder Pankreatitis auf den Lungen abhören ? ```??????????
24- Da die Patientin keine bekannte Gallensteine in der Vorgeschichte hatte, hat er über alle Differential Diagnosen gefragt.
25- Anamnese: Eine 62-jährige Patientin mit Schmerzen im rechten Oberbauch seit 2 Tagen. Die Schmerzen strahlen in die rechte Schulter aus. Appetitlosigkeit, 2 Mal Erbrochen, Nausea, Fieber 38,5 °C, vor 2 Tagen war sie bei einem Fest und hat verschiedenes Essen probiert. Der Urin ist dunkler geworden. Sie raucht nicht und trinkt manchmal Alkohol, keine positive Familienanamnese. Vorerkrankung: Arterielle Hypertonie, Medikation: Blutdrucksenker (den Namen der Tablette weiß sie nicht). Körperliche Untersuchung: Morphy Zeichen +, Druckschmerz und Resistenz im rechten Oberbauch. DD: Cholangitis, Appendizitis, Pyelonephritis, Pankreatitis, Ulkus Ventriculi oder Duodeni,SS Gastroentritis Vorgehen:
1) Labor (Blutbild, Amylase, Lipase) Entzündungsparameter(CRP) Cholestaseparameter (Alkalinphosphatas, Gamma-GT, Bilirubin)
2) Sonographie: Die Gallenblasenwand ist verdickt und ödematös aufgequollen (typische 3er-Schichtung sichtbar).
Fragen über Cholezystitis: Wie können Sie die andere DD ausschließen? Was ist Charcot Trias? 1. Schmerzen im Epigastrium 2. Ikterus 3. Fieber Was sind die Prädisponierenden Faktoren für Cholezystitis? „6F" Welche Punkte von „6F" sind bei dieser Patientin positiv? Was ist Blumberg-Zeichen und Warum ist das bei Appendizitis Positiv? Loslassschmerzen in Appendizitis. Durch das rasche Loslassen kommt es zu einer plötzlichen Masseverlagerung des Darms, die eine Reizung des entzündeten Peritoneums in der Appendixregion auslöst.

26- Patient in ZNA mit akutem Bauchschmerzen und Emesis seit Stunden . Habe ich ein Röntgen=> was sehen Sie =>Spiegelbildung in CT war ein Volvulus habe ich es erwähnt aber wurde nix davon gefragt. Was würden sie tun . Die Prüferin wollte alles hören von Anamnese (der Patient hat eine Cholezystektomie => Bridenileus) bis körperliche Untersuchung und Labor sowie Op .

27- Cholezystolithiasis, Indikation für OP, Komplikationen.

28- Fall: DD Cholezystitis? ich: Pyelonephritis, Pankreatitis. Was noch im Leber? Hepatitis. Was anordnen sie? BB, Bilirrubin, GGT, AP, ALT, AST, Lipase, Amylase, Urindiagnostik. Was machen Sie danach? Sono. Was würden Sie in Sono sehen? (ich habe mit den Antwort angefangen, sie hat mir direkt unterbrochen: haben sie schon mal ein Sono gemacht? nein, ich habe nur zugeguckt. Ah ok, dann müssen sie das nicht wissen. Das Sono ist unauffällig, was machen Sie noch? MRCP oder ERCP. Sie sagte: ERCP hat viele Komplikationen, was können sie sonst machen? Endo-Sono. Was machen Sie mit den Patient: Aufnehmen und OP. Wie schnell muss die OP gemacht werden? 24 h. Wenn der Patient scher Krank ist und sie nicht OP machen können? Konservative Therapie mit AB Gabe.

29- was spricht hier ins besonders für Cholezystitis? Morphy, wie kommt es hier zu Ileus? Penetration + Keime Wanderung aus den Darm , welche Akut Komplikationen führt hier fluminant zur lebensbedrohlichen Entgleisung? Perforation was noch ? Empyem ja was passiert denn ...Sepsis was in diesem Rahmen am häufigsten zu Sepsis führen? Cholangitis wie wird Cholezystitis laborchemisch ermittelt? der Prüfer hat hier notiert (Procalcitonin ist hier sinnlos & teuer) wie handelt man Cholezystitis ? warum so schnell? Die Op verläuft Problemlos, und einfacher

30-Fall: Patientin mit Oberbauch schmerzen. Was machen wir? Nach der Anamnese und Untersuchung akuter Druckschmerz im rechten Oberbauch. Labor(erhöhte Entzündungsparameter und Bilirubin). Was erwarten wir beim Sono befund bei akuter Cholezystitis. Wie gehen wir weiter vor. Wie macht man Laparoskopische Cholezystektomie. Ich bin ein Chirurg.

31-Warum früh Op nicht nach ein paar Tagen? (Einfachere Op und weniger Komplikationen)

32-In die DD habe ich inferior Infarkt erwähnt, Frage: was spricht dagegen, was dafür? Antwort: dafür die Risikofaktoren, dagegen die Schmerzen bei Herzinfarkt nicht kolikartig.
33-Cholezystitits Komplikationen? : ich habe mechanische Ileus erwähnt, Anschlussfrage: wie? Antwort: durch Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum.

33-Fall:
Herr Tacking, Olaf ist ein 66 jähriger Pat, er hat sich bei uns wegen seit gestern kolikartiger Schmerzen im rechten Hypochondrium.
Gegrilltes Essen von gestern hat die Schmerzen ausgelöst, Schmerzintensität 5/10.
Er klagte auch über Emesis 3x Mal und Übelkeit sowie Appetitlosigkeit.
Fieber 38,3, dunkler Urin, Stuhl unauffällig.
Andere Beschwerden hat er verneint.
Keine VE und nimmt regelmäßig keine Meds ein.
Appendektomie vor 50 Jahren, Leistenhernie-OP bds. vor 13-15 Jahren.
Allergien gegen: Penicillin.
Untersuchung:
Puls: war ungefähr 75-80, Blutdruck 135/85.
Abdomenuntersuchung: fast komplett.
Murphy-Zeichen war positiv.
Fragen:
- was ist dieses Zeichen, wie kann mann durchführen?
Was machen Sie weiter mit dem Patienten ?
Leuk 13.3, CRP 50, andere Laborparameter waren normal, was dann?
Ultraschall.
Was sehen Sie?
Was machen Sie weiter?
Stationäre Aufnahme, IV-Flüssigkeit, Analgesie, OP-Aufklärung, Lap-Cholezystektomie binnen 24 Stunden.
Welches Schmerzmittel? Spasmolytika (Mittel der Wahl ist Butylscopolamin) NMH
Ich gebe gerne Novalgin
Warum nicht Opioid?
Opioide verursachen Glattmuskel-Verspannung, deshalb lieber nicht
NW von Novalgin? Agranulocytose und ~~Hypertonie~~ Hypotonie sowie Allergie.
Wie behandeln Sie Cholezystolithiasis? Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
Je nach Steingroße, wenn weniger als 5 mm, dann Lyse mittels Urspdeoxycholsäure wenn großer dann ESWL und später elektive Cholezystektomie. ```???????????
Wenn in Gallenwegen, dann ERCP.
Erklären Sie bitte ERCP?

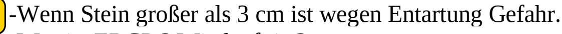
34- Besondere Fragen: Warum Endosono? Was sieht man. Warum Endosono bevor Ercp? Ercp gleich nach, wegen Co2 inflation bei Ercp. Komplikationen von Ercp (pankreatitis 7 5%, deswegen kriegen Patienten Ibu vorher). cholezystektomie laparaskopisch und offene. Wie macht man dass (4 zugänge oder single port besser? 4 zugänge da einfacher ist. Wann operieren Patient? Marcumar Patient INR 2.4 was geben sie vor Op. PPSB wenn muss direkt operiert, ansonst reicht konakion.
Prothrombinkonzentrat

35-Fall:
Frau 50 Jahre alt , adipös 100 kg , 160 cm , seit 3 Tagen nach dem Abendessen (die haben zu Hause gegrillt) stechende Oberbauchschmerzen rechts, Übelkeit, Völlegefühl, 1 x erbrochen Ausstrahlung Re. Schulter. Seit 1 Tag Fieber 38.2. Kein Alkohol , nicht Raucherin. Anamnese: DM Typ 1 mit Insulinen pumpe, Arterielle Hypertonie, hypothyreoidismus.
Fragen:
Vorstellung Verdacht Diagnose, diff. Diagnose , Weitere Procedere Labor cholestase Parameter. Hämolyse Parameter, HbA1 c , Lipase Entzündungswerte.

36-Fall:
Die Pat. seit 2 Tage Schmerzen im rechten OB. Ausstrahlung in die re. Schulter. Begleitend 3 mal erbrechen , Fieber,(bis 38.6) Schüttelfrost. Sie führt ihre Beschwerden auf vor 2 Tage gegessenes Kartoffelsalat. KU: Murphy positiv. RR 170/90 mmHg. Ansonsten o.B. Z.n Thyreoidektomie vor 15 Jahre. Daher hange ich extra SD untersucht. die P. Hatte Acholischer Stuhl.
Fragen:
-sie haben nach Sono, Endosono, MRCP, ERCP kein Stein gefunden, was kann sein.
-Dann welcher Tumoren können cholestase verursachen?
-Wenn das auch kein Tumor ist, was kann sein. Spontaner Steinabgang.

37-Fall:
67-jährige Patientin (Asel Elisabieth) klage über seit 2 Tagen krampfartige Oberbauch schmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter verbunden mit Essen-Abneigung, Übelkeit und Erbrechen (Einmal). Sie gab an, dass die Urinfarbe seit 2 Tage dunkler geworden sei. Die Fragen nach Fieber, Inappetenz oder Gewichtsverlust wurde verneint.
Es wurde vor ca. 6 J bei ihr Magengeschwür mittels Gastroskopie festgestellt und behandelt aber der Schmerz damals war anders nicht wie jetzt.
Vorerkrankungen: Hypothyreose, Arthrose, Hyperlipidiämie, Magengeschwür.
Medikation: L Thyroxin 75 1*1 Simvastatin 40mg 1*1
Vor Op: Tonsillektomie Appendektomie
Allergie gegen Pollen.
Körperliche Untersuchung: der Prüfer hat mir gesagt keine gynäkologische oder Neurologische Untersuchung zu machen. Vitalparameter dann Komplett Bauch und Thorax mit Herz Untersuchung ohne Unterbrechung. Der Prüfer hat mich gefragt nach Murphy dann die Zeit war um.
Fragen:
-VD und DD, und was machen Sie weiter? (Labor Untersuchung und Sono),
-Welche Labor? (BB- E.Lyte. Entzündung werte Cholestase-Werte),
-was sind die Cholestase-Werte ?(GGt,Bili, ALP)
-Was sieht man in Sono?(Gallenblasensteine , verdickte gallenblasenwand, Dreischichtenwand, frei Flüssigkeit, DHC).
-Was ist DHC? Können sie die Namen vom Gallengänge nennen? (Gallenwege zeichnen).
-Wenn mittels Sono keine Steine was kann das sein?(Tumor oder Spontan Steinabgang).
-Welche Tumoren? (Gallenwege Tumoren, Pankreastumor).
-Was sind die 6 F? (female, fat, familiär, fertil, heller Typ, vierzig Jahre alt)
-Was ist der normale Bili-Wert? (bis 1,2 mg/dl).
-Was sind die Hämolyse Zeichen im Labor? (LDH, Indirektes Bili, Haptoglubin).
-Was macht Leber mit Bili?(konjugieren).
-Pat. hatte Cholezystitis was machen sie als Therapie? (Op),
-Was ist ERCP?

38-Fall:
Die Patientin Frau Grötze 63 Jahre alt, wiegt 52 kg und ist 1,61m groß.
Die Patientin stellte sich bei uns wegen seit Vortag bestehender anfallartigen Oberbauchschmerzen vor. Die Schmerz strahlen in die rechte Schulter aus und seien 7 auf einer Schmerzskala von 1 bis 10. Die Beschwerden fangen an nachdem sie am Vortag Geburtstag von einer Freundin gefeiert hat. Die meinte das ist mit dem Essen abhängig. Derartige Beschwerden hatte sie früher nie gehabt. Zudem fiel Fieber bis 38,3 C auf.
Appetit: Inappetenz seit gestern
Miktion: Urin dunkler geworden
Defäkation: Stuhl ist heller geworden.
Letzte Periode vor 13 Jahren, letzte gynäkologische Kontrolle im September 2019
Vorerkrankungen: Blutdruck Schwankung ohne **Antihypertonika**/ Antihypertensiva
Voroperationen:
Netzhautablösung-Op bds.
Katarakt-OP bds.
Tonsillektomie im Kindesalter

Arthroskopie am rechten Knie bei Meniskusriss
Vormedikationen: Ibuprofen 400 mg bei Bedarf
Keine Allergien sind bekannt
Patientin ist geschieden und ist in einer Partnerschaft seit 26 Jahren, hat 2 Kinder (41,36 J) die gesund sind.
Vater ist an Myokardinfarkt gestorben
Mutter: unklar
Großmutter leidet an DM
Patientin ist in Vorruhestand, arbeite als Therapeutin in einem Suchtkrankenhaus
Fragen:
-Typen von Steine.
-Wann soll Op gemacht werden.
-Wie läuft op.
-AB Therapie.
-Was ist a.e. mit dieser Patientin? Konnte es Choledochlitiasis sein? Ja , da Stuhl heller geworden ist und Urin dunkler geworden ist.
-Ein Patient hat asymptomatisch Cholezystolithiasis soll operiert werden oder nicht?
-Wann soll eine asymptomatische Cholezystolithiasis operiert werden?

-Wenn Stein großer als 3 cm ist wegen Entartung Gefahr.
-Was ist ERCP ? Wie läuft ist?
-Was bedeutet DHC?

39-Fall:
Pat wurde nach der Behandlung (Cholezystektomie) entlassen dann kommt nach einer Woche mit Fieber und Abgeschlagenheit.
Fragen:
-Wie gehen Sie vor?
Anamnese ausführlicher gefragt. Fieber und Abgeschlagenheit seit gestern Dann KU.
-Am Ende fragte ich über Halsuntersuchungsbefunde. Da sagte er gerötete eitrige Tonsillitis.
-Dann die Frage, wie erklären Sie es?
-Dann fragte ich über Labor . Leukopenie war die Antwort.
-Dann antwortete ich weil dem Pat mit Metamizol entlassen hatte führte es zu Agranulozytose und daraufhin Immunschwäche welches zur eitrigen Tonsillitis führte.

40-Fall:
Herr H. J., 71 Jahre alt, Maskenbilder, klagt über plötzlich einsetzende Oberbauchschmerzen seit 4,5 Tagen. Begleitet von Inappetenz, Nausea und Vomitus (Letztes Mal grünlich). 7/10 auf einer Schmerzskala. Ausstrahlung nach rechter Schulter. Nicht Bewegung, Nahrung oder Lageabhängig. Heller Stuhl und dunkler Urin. VE: aHT behandelt mit Ramipril, 5 mg, einmal pro Tag. Leistenhernie OP vor 15 J. Keine B-Symptomatik.
Fragen:
-V.D: Choledochlitiasis
-Was sind die Cholestase Parameter?
-Was Erwarten Sie im Labor und Sono?
-Was führt zu erhöhte Transaminasen im Cholezystitis? (Benachbarte Strukturen.)
-Die Funktion von Transaminasen? Aminosäurestoffwechsels
-Warum Lipase Bestimmung? Kurze Fragen nach Pathophysiologie von Pankreatitis bei diesem Pat.
-Machen wir ERCP auch diagnostisch? (Laut des Prüfers nur therapeutisch).
-Was für Diagnose? MRCP. Behandlung? Patient hat Fieber, was dagegen? Welche AB?
-Komplikationen von ERCP? Wie macht man ERCP? (nicht sehr detailliert).

41-Fall:
65 jährige Patientin, Anamnese rechtsseitige Oberbauchschmerzen seit 2 Tage und nach dem Essen deutlich verschlechtert mit Übelkeit und Erbrechen und Fieber bis 38,4 Stuhlgang heller geworden Miktion unauffällig. VE Arterielle Hypertonie und Hypothyreose Medikation Ramipril und L Tyroxin Keine Allergien Z.n. Appendektomie und Thyreoidektomie.
KU:
Körperliche Untersuchung typisch Ds re. Oberbauch mit Ausstrahlung Nach Rückenbereich und Klopfschmerzen re. Nierenlager Positive Murphy Zeichen keine weitere Auffälligkeiten, Cor und Pulmo Untersuchung und Neurologisch Und Reflexe oberflächlich.
Fragen:
-was würden Sie zunächst machen? Blutanehmen welche Parameter und so weiter bis zur weitern Diagnostik Abdomen Ultraschall
-was könnte Mann da sehen? Gallenblasensteine und Gallenblasenwandverdickung ggf. DHC Erweiterung und Gallenblasenhydrops
-wan ist DHC erweitert? was machen Sie zunächst Wenn Steine Im Ductus Choleduchus stehen?
-was macht man da? ERCP und Aufklärung danach Lap Cholezystektomie und Antibiotika Therapie
-wie lange bleibet die Patienten nach der OP stationär? und Was darf Sie essen und trinken?
-welche Kontrolle bevor Entlassung?
-welche Komplekationen?

-wann muss Mann Notfallmäßig operieren?

42- Fall:



Dann ein Pat. kam wegen Cholezystitis und bei ihm vor kurzem koronare Stent-Anlage erfolgt . Deswegen er nimmt ASS und Klopidogrel.

-Machen Sie Cholezystektomie? Nein. Der Pat muss sich nach einem Jahr wiedervorstellen, davor medikamentös, Diät.

43-Fall:

eine Typ 1 Diabetikerin, und trägt eine Insulin Pumpe, hat Adipositas und einige Zeichen von venöse Insuffizienz an beiden Beinen

Vorerkrankungen Hypothyreose, a.Hypertonie, DM1 und Z.n Mammakarzinom. Ihr müsst euch überhaupt keine Gedanken über die Anamnese machen, sie erzählen alles deutlich.

Fragen:

-Befund in Abdomen Sonographie

-ob ich die Pat aufnehmen würd?, und was ich für den Plan verschreiben würde? (Metronidazol, Butylscopolamin, Cefuroxim + Metronidazol).

-Er wollte auch hören, dass bei einer Choledocolithiasis muss man erst eine MRCP um die Steine im Choledocus darzustellen, dann eine ERCP, und innerhalb von 3 Tagen eine Cholezystektomie.

(Ich habe gesagt innerhalb von 3-7 Tagen oder sogar 4 Wochen, er meinte dass es verschiedene Meinungen gibt).

-Methode? Laparoskopie,

-wie viel Prozent sind offen? Nur 10%. In einer Intensivstation ist es besonders häufig eine Akalkulose Choleyzstitis.

44- die Komplikationen einer Cholezystiektomie.Warum biliäre Peritonitis. (Verletzung der Ductus).

45-Wie macht man die Operation? Nur kurz. Laparoskopie.

46-Wann Laparotomie? Z.b vor Op in der Anamnese, möglichste Verwachsungen.

47-Welche Parameter nutzt man um zu prüfen ob NMH wirkt?(anti faktor X).

48- DD? (Er möchte auch Inferior MI hören)

49-welche Bildgebung? nach sono zuerst ERCP (nein MRCP , ERCP nur therpeutisch!)

50-Was machen bei ERCP? (Ich habe Papillotomie und Steinentfernung gesagt und er war zufrieden).

51-Cholestaseparameter? Was im BB.

52- Wenn klingen die Schmerzen ab, freut es sich uns? Nein, Weil nerven der Gallenblasewand bei gangrenöse Chollezystitis kaput gehen.

53-Fall:

Frau Erika Sabine stellte sich mit zunehmenden Bauchschmerzen, diese bestünden seit 2 Tagen , beträfen den gesamten Oberbauch mit Puctum Maximum im rechten Oberbauch, seien von Fieber (38) Übelkeit, Erbrechen (2 mal galig) hellem Stuhl und dunklem Urin begleitet. Die Schmerzintensität beträgt 5-6 auf einer Schmerzskale mit Ausstrahlung in die rechte Schulter.

Körperliche Untersuchung habe ich mit neurologischer Untersuchung angefangen, dann hat er gesagt eine Seite reicht, bitte weiter, dann habe ich mit Herz und Lungen weitergemacht.

Fragen:

-Verdachtdiagnose, wie gehen Sie Vor? Sono und Labor

-was sieht man im Ultraschall? Die Gallenblase, DHC, freie Flüssigkeit, wenn DHC erweitert ist

-was macht man hier? ERCP

-wann op. Innerhalb 24 Stunden? Op Klomplikationen? Blutung, Nachblutung,Infektion....Leckage,

-Was macht man mit Leckage?



Wenn die Leckage mehr als 300 ml pro Tag ist? direkt ERCP, wenn weniger abwarten

Bei persistierender Gallengangsleckage bedarf es ggf. einer endoskopischen Stenteinlage bis hin zur operativen Revision.

54-Fall:

-Die Pat hat nach der Operation Luftnot bekommen .

was würden Sie machen? Ku was ist wichtig bei ku (tvt zeichen) Monitor, Labor ..D_Dimer wenn positive dann Ct+ Km..was ist die Therapie.(Lungenembolie)

-Die Pat hat nach op erhöhte Blutdruck was würden Sie machen..Fragen über Unterschied zwischen Hypertensive Krise und Hypertensiv Notfall und Behandlung. Komplikation nur nennen

-Warum nimmt die Pat B.Blocker.? B Blocker Indikation ? Welche weiter Blutdruck Medikamente nur nennen..

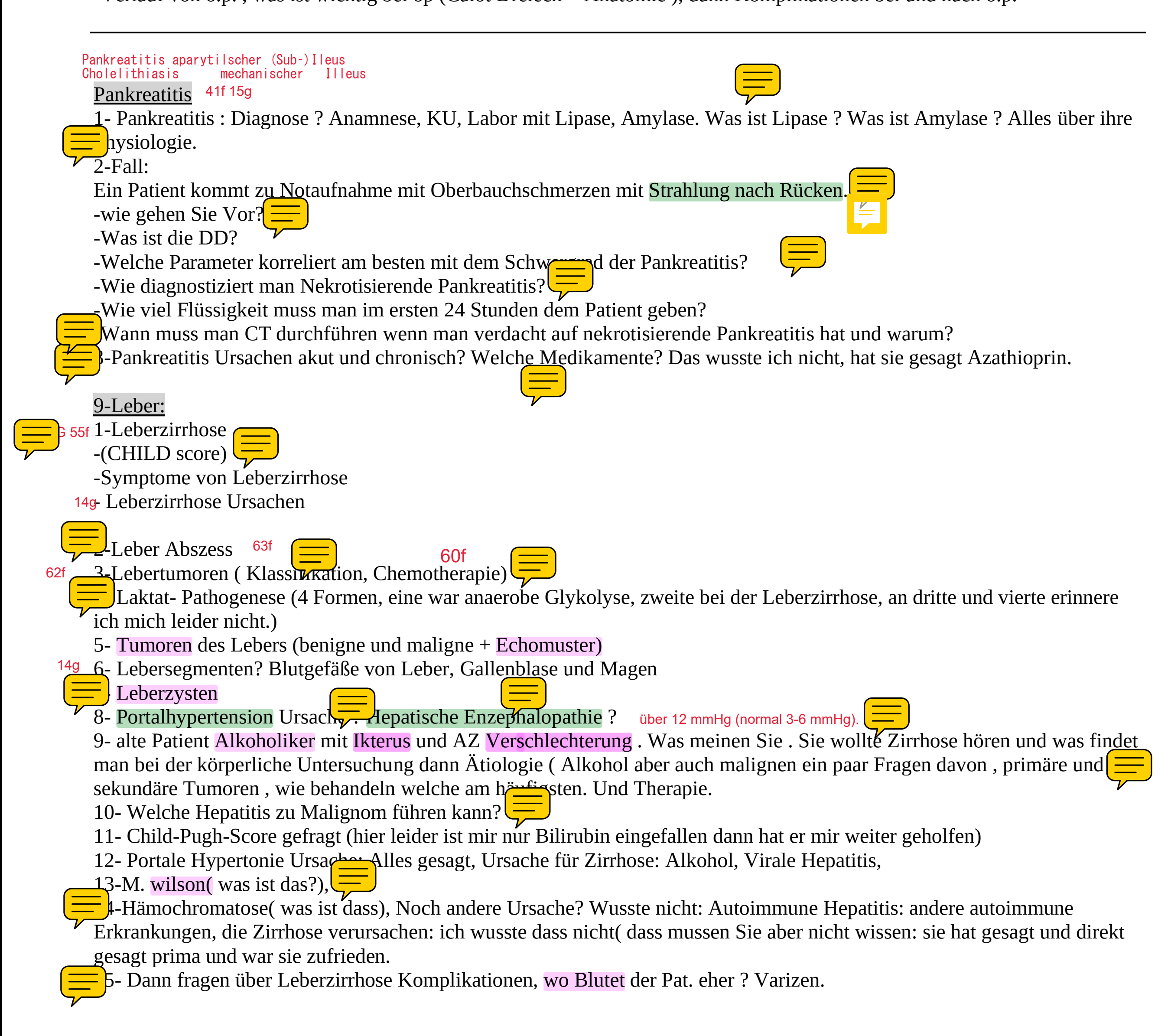
55-Fall:

Herr Janto, ein 71-jähriger Pat. stellte sich gestern in die Notaufnahme aufgrund starken, linksseitigen Oberbauchschmerzen, die in die rechte Schulter ausstrahlen würden. Die Schmerzen seien vor 3 Tagen nach einer eiweiß- und fettreichen Mahlzeit in Zudammenhang mit Alkoholkonsum getreten(der Pat. sagte, dass er auf eiener Party Eigelb mit Salat und Wurst gegessen hat). Die Schmerzen seien stärker geworden, hätten von Fieber 38.3° C, Inappetenz und 3-maliges Erbrechen begleitet. Der Urin sei dunkler und der Stuhl heller geworden. Pat. hätte außer Fieber keine Erkältung- oder B-Symtomatik.

An Vorerkrankungen leide er unter einer arteriellen Hypertonie, die mit Ramipril 5 mg/d eingestellt ist worden. Es besteht kein Alkohlabusus oder Nikotinkonsum. Der Pat. sei Rentner. Die körperliche Untersuchung war bis auf ein positives Morphi-Zeichen unauffällig.

Fragen:
-Welche Laborwerte und Warum.....Sono...Wie würde es aussehen? Wenn ma die Diagnose gestellt hat, soll man den Pat. von einem chirurgischen Kollegen untersuchen lassen(akuter Abdomen?) mit ggf. aufnahme auf chirurgische Station.
- Mögliche Komplikationen von Cholezystektomie: der Pat. ist wieder nach 10 Tagen gelb geworden! Wieso, er wollte so hören: Verletzung der Gallenwege mit anschließender Stenose. Hier konnte ich nicht sofort und korrekt sagen, aber insgesamt gut.

56-Fall:
Fr. Seile stellte sich mit druckende stechende OBS rechts seit 2 Tagen vor. Die Schmerzen sind seit gestern schlimmer , 7/10 schmerzskale, strahlen rechten Schulter , keine Auslöser. Begleiten Fiber 38.2 , inappetenz , Übelkeit aber keine Erbrechen.
VE Mama ca z.n. Mama op, a.HT, Hyperthyreose , U.venterkulie. ((bei der Anamnese hat die Pat. falsch gesagt 75 mg Lthyroxin , ich so gibt es nicht nur m.c.g , Prüfer je sie meinte so und hat sich nur gelacht))
KU allgemein unauffällig bis auf OBS rechts.
Fragen:
- K.Untersuchung bis zum Ende ohne Unterbrechung. ((Da habe ich gesagt, ich hab vergessen die Mamaunterduchung. Dann VD, DD , 6F Regel , med. Behandlung , o.p. Indikation
-Kontraindikation, wann offene und wann laparoskopie , Name von schnitt bei offene , Aufklärung für die Pat.
-Verlauf von o.p. , was ist wichtig bei op (Calot Dreieck + Anatomie), dann Komplikationen bei und nach o.p.



Pankreatitis aparytilscher (Sub-)Ileus
Cholelithiasis mechanischer Ileus

Pankreatitis 41f 15g
1- Pankreatitis : Diagnose ? Anamnese, KU, Labor mit Lipase, Amylase. Was ist Lipase ? Was ist Amylase ? Alles über ihre Physiologie.
2-Fall:
Ein Patient kommt zu Notaufnahme mit Oberbauchschmerzen mit Strahlung nach Rücken.
-wie gehen Sie Vor?
-Was ist die DD?
-Welche Parameter korreliert am besten mit dem Schweregrad der Pankreatitis?
-Wie diagnostiziert man Nekrotisierende Pankreatitis?
-Wie viel Flüssigkeit muss man im ersten 24 Stunden dem Patient geben?
-Wann muss man CT durchführen wenn man verdacht auf nekrotisierende Pankreatitis hat und warum?
3-Pankreatitis Ursachen akut und chronisch? Welche Medikamente? Das wusste ich nicht, hat sie gesagt Azathioprin.

9-Leber:
55f 1-Leberzirrhose
-(CHILD score)
-Symptome von Leberzirrhose
14g - Leberzirrhose Ursachen

2-Leber Abszess 63f
62f 3-Lebertumoren (Klassifikation, Chemotherapie) 60f
4-Laktat- Pathogenese (4 Formen, eine war anaerobe Glykolyse, zweite bei der Leberzirrhose, an dritte und vierte erinnere ich mich leider nicht.)
5- Tumoren des Lebers (benigne und maligne + Echomuster)
14g 6- Lebersegmenten? Blutgefäße von Leber, Gallenblase und Magen
7- Leberzysten
8- Portalhypertension Ursache? Hepatische Enzephalopathie ? über 12 mmHg (normal 3-6 mmHg).
9- alte Patient Alkoholiker mit Ikterus und AZ Verschlechterung . Was meinen Sie . Sie wollte Zirrhose hören und was findet man bei der körperliche Untersuchung dann Ätiologie (Alkohol aber auch malignen ein paar Fragen davon , primäre und sekundäre Tumoren , wie behandeln welche am häufigsten. Und Therapie.
10- Welche Hepatitis zu Malignom führen kann?
11- Child-Pugh-Score gefragt (hier leider ist mir nur Bilirubin eingefallen dann hat er mir weiter geholfen)
12- Portale Hypertonie Ursache: Alles gesagt, Ursache für Zirrhose: Alkohol, Virale Hepatitis,
13-M. wilson(was ist das?),
14-Hämochromatose(was ist dass), Noch andere Ursache? Wusste nicht: Autoimmune Hepatitis: andere autoimmune Erkrankungen, die Zirrhose verursachen: ich wusste dass nicht(dass mussen Sie aber nicht wissen: sie hat gesagt und direkt gesagt prima und war sie zufrieden.
15- Dann fragen über Leberzirrhose Komplikationen, wo Blutet der Pat. eher ? Varizen.

16-Fall:
Raumförderung in Leber
Typen von Leberzysten
Hydatidenzyste (Echinokokkose)
-Erreger
-Infektionsweg
-Zwischen
- Fehlwert usw.
-Was sind die präkanzrosen Lebertumoren?
-Wie lange ist das Rektum? 12-16 cm meine Antwort, er meine diese ist Länge von 1/3 !!!, dann später hatte er richtig gesagt

17- Bilirubin normal Wert?(1.2 mg/l), welche Bilirubin zirkuliert im Blut?
Wie entsteht direkte Bilirubin? Er wollte hören ,mit Glocuronsaure durch Glokorenyltransferase Enzym in Leber.

18-Beschreibung der Gallenwege?

10-Pankreas: 41f 15g
1-Wie kommt es zu Pankreatitis?
2-Wo liegt Konkrement in diesem Fall?
3-Wann Op? Welche Antibiose? Cipro nicht mehr Mittel der erste Wahl! Macht Aortendissektion.
4-chronisch und akut Pankreatitis
17g 46f 5- Karzinom (Pankreaskopfkarzinom: wie gehen Sie vor? Wann Operation? Welche Schmerzmittel? Was macht Man zum Ausschluss Pankreas Ca. ?
6- Bei der körperlichen Untersuchung hat er auch gefragt : Was können sie beim Ileus abhören ?
Bei pankreatitis - > pleuraerguss auch. Mehr rechts ____?? medido LINKS

11-Unterbauchschmerzen
(Ektopische Schwangerschaft, Innere Blutung)

12-Divertikulose und akute Divertikulitis 33f ch1 ,50g
1-Klassifikation nach Hansen und Stock
2-Patient mit linke Unterbauchschmerz und dann mit Akut Abdomen- Diverticultis mit Perforation - sofort Notfall OP - Sigmoidresektion enweder direct End to End Anastomose oder nach Hartmann procedur mit Anostoma.)
3-Sigmadivertikulitis (alles).
4- Zencker Divertikel echt oder falsch)
5-Sono Befund bei Divertik? Machen Sie noch was anderes an Diagnostik oder fangen Sie mit der Behandlung an ? Ich habe gesagt wenn im sono Divertik zeichen ohne Abszess oder RF würde ich mit der Behandlung anfangen und wenn die Patientin Entzündung frei ist
6-könnte man eine koloskopie machen, ja was weniger invasiv ist ? hämoccult, noch was ? Ich habe CT mit KM als Tumorsuche gesagt. Ja ,Sie wollen die Patientin entlassen ,
7-was empfehlen Sie die Patientin? Lifestyle ändern, auf Diät achten , ballerstoffreiche Diät , weniger Fleisch, Sport, Nikotinkaranz
8-Komplikationen von Divertik ist fistel,
9-was ist fistel?
-Und was sind am häufigsten?
-Was sind die Komplikationen einer fistel ?
-Wieso muss man sie früh entdecken?
10- Divertikulitis:
1-Klassifikation und bei Komplikationen was machen Sie bei so einer Operation?
-Künstlichen Darmausgang oder was genau? Abszess => CT gesteuerte Punktion. Perforation => hartmann op , was ist hartmann op ?
2-Was ist der Unterschied zwischen endständigen stoma und doppel Läufigen stoma ? Wenn die Patientin aufwacht nach hartmann op, sie wird fragen bleibt das jetzt so ? Und was machen Sie bei einer Hartmann op ? Warum macht man ein Doppel läufiges Stoma ? 3-Diagnostische Schritte, was für Laborwerte nehmen sie ab? Was sehen sie im sono?
4-Wie würden sie diese Patientin behandeln (Es ging hier um eine unkomplizierte Divertikulitis, deswegen Antibiose und ambulant behandeln).
5-Was für andere Massnahmen empfehlen sie?
6-Wie entsteht eine Divertikulose, Pseudo- und Echtedivertikel der Unterschied? Was machen sie bei Abszes? Was für Operationsmöglichkeiten haben sie? Warum protektive Stoma? Warum kann es zu Anastomoseninsuffizienz kommen?
7-Wie oft muss der Patient mit Divertikulose koloskopiert werden?
8-stadienbasierte therapie, (Klassifikation of diverticular disease). Stadienabhängige Therapie der Divertikulitis bzw. Divertikelkrankheit anhand der Classification of Diverticular Disease
9-Wenn Abszess dann wie behandeln: CT gesteuerte Abszess drainage.was sehen im sono, was macht bei sepsis.typen von Perforation : offen und gedeckt . Wie diagnostiziert : ro thorax und sono.
10-Was sieht in rö: freie Luft . Warum linkseitenlage beim rö: Luft geht oben und besser nachweisbar.
(Leber bietet guten Kontrast)

11-Welche andere endokrinologische Erkrankungen kann in sepsis gehen: diabetische ketoazidose, Addison Krise.)
12-Mein Fall war Divertikulitis, DD, Komplikationen, häufigste Ursache für Blutung>>>Medikamente (Antikoagulation), Behandlung.



13- Diagnostische Maßnahmen, was ist Wahr und Falsch Divertikel. Einteilung (war Ilb) Therapie? Wo findet man falsche Divertikel
14- was bedeutet Divertikel?
15-Was ist genau histopathologisch passiert? Er meinte das die Austülpung in den Mucosa und die Submucose durch die Schwachstelle in der Darmwand, wo die Gefäße sind. Was sind die Typen?
16-Was sind Beispiele für echte und falsche Divertikelose? Aus welcher Seite ensteht der Divertikel? 17- DD (die Prüflinge hat als DD Adenixitis beantwortet, dann wurde gefragt, was die Adenexitis ist sowie Diagnose und Therapie) was sieht man bei Diverticulitis in der Sono?
Adnexitis

18- Divertikulose des rechten Kolons (in Asien häufiger)

19- Welche Erreger bei Divertikulitis? Was sind die häufigsten provozierten Infektionen,? Was heißt Dueke Kriterien? Die Haut Symptome? wann wird operiert ? Welche Antibiotika und auch die Dosen ?

20-Fall: einen Patienten Hr. Heiko Jantus, 71 Jahre alt. Schmerzen im linken Unterbauch seit 3 Tagen. Diese Beschwerde hat er vorher auch gehabt aber seit 3 Tagen schlimmer geworden. Des weiteren klagte er über eine helle Blutauflagerung im Stuhl. Der Pat habe dafür Dolcolex eingenommen. Die Beschwerden werden nach dem Stuhlgang verbessert. VE: a. HAT, Vor OP: Netzimplantation für Leistenhernie recht vor 15 Jahren. Er nimmt Ramipril 5 mg tgl., er raucht nicht, trinkt Alkohol gelegentlich, kein Drogen Anamnese, Vater an MI und Mutter an Mama Ca. verstorben. Er war einen Rentner und habe einen gesunden Sohn. Er mag gerne Fleischreich Essen.
Dulcolax

Fagen:
1-Koloskopie(Wann: entzündungsfrei Intervall, welche OP: habe ich gesagt von Resektion bis Hartmann OP). Elektive oder Notfall? Hier hat der Pat Blutung, daher würde ich erstmal endoskopisch Blutstillung machen, sonst elektive OP(Resektion und Anastomose)
2-Warum Divertikel im Sigma häufig: ich habe gesagt wegen Anatomische Lage und Verkrümmung.
3-Er hat Rö gezeigt: welche Kontrastmittel: Barium und Gastrografin)
4-dann hat er eine Foto gezeigt und gesagt dass es ein Divertikel im Dünndarm wäre: ich habe Meckel Divertikel gesagt: ist das true Divertikel: ich habe nein gesagt. Doch es ist eine echte Divertikel weil es eigene Schleimhaut und Blutversorgung besetzt.
5-Welche Antibiotika bei Divertikel: Ceftriaxon und Metronidazol.

21-Fall:
Eine 67 Jahren Patientin hat sich wegen seit 3 Tagen Unterbauchschmerzen linksseitig vorgestellt. Sie klagt über Übelkeit, Obstipation und Inappetenz. Sie habe auch Fieber(38.3)
Als VE hatte sie DM Typ2, Hypothyreose und Hypercholesterinämie.
Fragen:
-Aukte Sigmadivertikulitis (was ist Divertulitis, Echte und Pseudodevertikel) DD, Sonographie Befunde,Therapie und Komplikationen.

22-Fall:
67 jähriger Patient mit UB schmerzen seit 1,5 Woche, die letzte 2 tagen schlimmer geworden. Darüberhinaus habe er zu Hause Fieber gemessen, war 38,5. Da habe ich bisschen bezuglich Corona gefragt.
Fragen:
-Zum Schluss sollte ich mit Patient mitteilen was für Verdacht Diagnose habe ich, was is das, und was ich weiter mache.
-Komplikationen. Warum gedeckte Perforationen häufiger als freier? Pseudpdivertikrl durch Muskelnlücken —>Lücken dürch perforierenden Gefäßen—> mit Mesenterium abgedeckt.
-Wo sind noch pseudo Divertikeln? Ösofagus. Wo? Oberer Bereich, Zenker divertikel.
-Tritt in Ösofagus echte Divertikel auf, ja , unteren Bereich. Warum?
-Wollte Mechanismus wissen, Konnte nicht antworten.
-Noch wo echte Divertikel? Meckel Divertikel. Was ist das? Ductus omphaloentericus.
-Parks Klassifikation von anorektalen fisteln.

23-Fall:
64 Jahre alt Patientin, stellt sich wegen vor 3 Tagen plötzlich aufgetreten linksseitigen dauerhaften Unterbauchschmerzen vor, diese seien stark und nur im linken UB lokalisiert, ohne Fieber. Sie berichtet über eine Obstipation, diese habe sie aber seit Jahren ohne Behandlung, Unwohlsein, Inappetenz und Übelkeit, kein Gewichtsverlust, davon ist sie aber nicht sicher weil sie sich seit Jahren nicht gewogen hat. VE/OPs : Hypothyreose (L-Thyroxin), Diabetes Typ II (Metformin, HbA1c nicht bekannt, laut ihr aber gut eingestellt)
Fragen:
-sagte mir, ok Sie haben als Verdacht Diagnose Divertikulitis gestellt, was steht dafür (Lokalisation der Schmerzen, Druckschmerzen, die Obstipation als Risikofaktor sowie das Alter und sie sah ziemlich adipös aus)
-was ist Divertikulitis, Pseudodivertikel(= Divertikulose) echte Divertikel, wieso verursacht eine Divertikulitis Schmerzen ? wegen Entzündung,
-was machen Sie jetzt (Blutbild, CRP, Abdomensono)

-worauf erwarten Sie, habe mich nur an Wandverdickung und evtl. freie Flüssigkeit hat ihm aber gereicht,
- wie kann eine Divertikulitis Peritonitis verursachen,
-Perforation und Befreiung von Darmkeime, Entzündung des Peritoneums, wie sieht das klinisch aus ? Abwehrspannung,
-wie kann Peritonitis Schmerzen und Abwehrspannung ? Es kommt zu einer unwillkürlichen, reflektorisch vermehrten Kontraktion der Bauchmuskulatur
Schmerzen durch entzündung des Peritoneum parietale (innerviert im Gegenteil von peritoneum viserale) und durch Entzündung der abdominnellen Muskulatur, das wollte er hören, dann Fragen über Appendizitis zeichen, andere DD,
-wie schließen Sie Kolonkarzinom, Koloskopie im entzündungsfreien Intervalle, sieht die Patientin im Gefahr zu sein ? Würden Sie sie stationär aufnehmen ?
-Würden Sie die Chirurgen anrufen und Alarme anschalten ? Nein, stationäre Aufnahme nur zur Diagnosestellung, sie wirkt stabil und bei KU keine Zeichen für Peritonitis durch Perforation, also das sieht nicht wie ein Notfall aus.

24-Fall:
Herr Maurer stellte sich wegen seit eine Woche ziehender Schmerzen am linken Unterbauchschmerzen vor. Die schmerzen verbessert sich mit dem Stuhlgang, aber seien seit ca. 2 Wochen dauerhaft da. Schmerzintensität 5 von 10 auf einen Schmerzskala. Keine Ausstrahlung . seit gestern habe er Fieber von 38.2 . Veg. Anamnese sei außer Fiber unauffällig gewesen. VE : Er leidet an aHT und Hypercholesterinämie, die mit Bisoprolol, Bisoprolol, Higrton, und Simvastatin. Z.n. Tonsillektomie. Er reagiert Allergisch auf Pfirsich. Mit dem Rauchen hab er seit 7 Jahren aufgehört, vorher habe er 40 Jahren 20 Zig. gebraucht und im Alte von 17 Jahre habe er Marihuana probiert. Sein Vater sei an Apoplex und seine Mutter altersbedingt verstorben. Er sei geschieden und habe 2 gesunde Kinder. Lebt alleine.
V/D: Akute Divertikulitis, D/D: Colitis Ulcerosa (keine blutige Diarrhoe), Sigma Karzinom.
Fragen:
-Wie gehen Sie weite? Stat. Aufnahme , BB, CRP, Ca. 19.9, CEA, Sono. Abd.
-Wie viel Divertikel wissen Sie ? Pseudo und Echt (Definition).
-Welche häufig perforiert ? Psudodivertikulitis.
Der Pat. Hat keine Perforation und keine Gedeckte Perforation und kein Abszess,
-wie behandeln Sie ihn ? Nahrungskarenz, Schmerztherapie, Antipyretika und AB.
-Welche AB ? ich habe gedacht Piepracillin+Tazobactam, Prüfer hat gesagt Cephalosporin, dann habe ich aber mit Metronidazol gesagt.

25-Fall:
Herr (X) stellt sich wegen seit 3 Tagen bestehenden Unterbauchschmerzen links. Diese seien dem Patienten schon seit lange her bekannt. Seien aber in den letzten 3 Tagen schlimmer geworden. Die Schmerzen seien dumpf vom Charakter her und liegen auf einer Schmerzskale bei 6 von 10. Nachlass der Schmerzen beim Stuhlgang. Pat leide an Obstipation und dagegen nimmt er Laxantien ein. Patient berichtet zusätzlich über Blutbeimengung im Stuhl, aber er denke, dass kann von Hämorrhoiden entstehen. Keine Übelkeit oder Erbrechen. Fieber seit gestern 38.2°.
Vegetative Anamnese unauffällig bis auf Fieber, Gewichtzunahme, Allergie gegen Schmerzmittel (ASS, Paracetamol und Ibuprofen)
Vorerkrankungen: AHT, dagegen nimmt er Ramipril 5mg Tab. morgens ein.
Z.n. Leisten Hernien-Op
Fragen:
-Verdachtsdiagnose und DD (was spricht dafür und was spricht dagegen),
-was ist Divertikulitis? Divertikel? (Pseudo- und echte Divertikulitis, welche Unterschiede?).
-Warum entsteht (Pathophysiologie) und wo sind die Schwachpunkte der Muskulose in diesem Fall? (wo treten die Blutgefäße ein), warum kommt es zu Entzündung? (ich habe über Wandödem, Durchblutungsstörung und bakt. Durchwanderung gesprochen, dann meinte der Prüfer, dass Bakt. aus Stuhl einfach kommen, Kompression der versorgenden Blutgefäße durch Pseudodivertikel → Minderversorgung der Schleimhaut → Entzündung → Divertikulitis
-welche Untersuchungen? was sieht man in Sono? Kann die freie Flüssigkeit in Sono. uns was sagen? (+ Peritonitis) ja aber wie war der Bauch bei der Untersuchung? (weich mit lokaler Abwehrspannung, im Falle einer Peritonitis wäre die Abwehrspannung dagegen diffus).
-Welche Komplikationen können auch dabei sein? (Fistel, Abszess, Stenose), Behandlung? (Behandlung im akuten Schub?),
-wollen Sie dem Patienten was zusätzlich machen? (Koloskopie zum Ausschluss KRK im Symptom freien Intervall)
-nach 2 Wochen kommt der Patient wieder mit gleichen Beschwerden, was nun? (es handelt sich jetzt um eine rezidivierende Divertikulitis. Dann würde ihm eine Resektion empfehlen. Noch eine Frage über Risikofaktoren.
-Welcher Nahrungsmittelbestandteil kann ein Risikofaktor sein? (ich wusste nicht. Der Prüfer meinte Fleisch).
- Was haben Sie im Unterschenkel gesehen? Ödem. Noch was? Varikose. Chronische venöse Insuffizienz. Wie entstehen Varikose? Wie heißen die Verbindungen zwischen oberflächlichem und tiefem Venensystem? (ich wusste nicht…die heißen aber ~~Per~~foratoren) Perforansvenen

26-Fall:
Herr Siegfried Maurer stellte sich wegen seit einer Woche ziehender Schmerzen am linken Unterbauchschmerzen vor. Die schmerzen verbessert sich mit dem Stuhlgang, aber seien seit ca. 2 Wochen dauerhaft da. Schmerzintensität 5 von 10 auf einen Schmerzskala. Keine Ausstrahlung. seit gestern habe er Fieber von 38.3. Veg. Anamnese sei außer Fiber unauffällig gewesen. VE : Er leidet an aHT und Hypercholesterinämie, die mit Bisoprolol, Hygroton und Simvastatin. Z.n.

Tonsillektomie. Er reagiert allergisch auf Pfirsich. Mit dem Rauchen hab er seit 7 Jahren aufgehört, vorher habe er 40 Jahren 20 Zig. gebraucht und im Alter von 17 Jahre habe er Marihuana probiert. Sein Vater sei an Apoplex und seine Mutter altersbedingt verstorben. Er sei geschieden und habe 2 gesunde Kinder. Lebt alleine.
Fragen:
Verdachtsdiagnose akute Sigmadivertikulitis (mit der Antwort akute Divertikulitis war er nicht zufrieden), DD Kolorektales Karzinom Urolithiasis Pyelonephritis und bei Frauen Adnexitis (
-was spricht dafür und was spricht dagegen
-Klassifikation, Diagnostik Blutabnahme Sonographie



-er hat gefragt, wenn die Sonographie wegen Adipositát nicht ausreicht. Ich Abdomen Übersicht Aufnahme wegen Perforation und CT-Abdomen,
-Therapie , wann ambulant und wann operativ
-wann würden Sie die Koloskopie durchführen? Im entzündungsfreien Intervall.

27-Fall:
71-jähriger Rentner mit linken Unterbauchschmerzen seit 3 Tagen, Obstipation und Fieber 37.2 C. Der Patient berichtet von Hämorrhoiden und Blutspuren in Klopapier nach dem Stuhlgang.
KU: BD Messung. abdominal Untersuchungen und Leber Größe bestimmen dann hat der Patient Krampfadern
Fragen:
-V.D ? DD ? sehr wichtig hier ist Kolorektal Karzinom zu erwähnen, andere DD : Cohns Krankheit, Reizdarm und HWI.
-Was ist Divertikulose? einfach erklären
-warum in Sigma ? von allen Kolonabschnitten den geringsten Durchmesser hat, liegt dort der höchste intraluminale Druck vor –
-Warum entzündet die Divertikulose?
-Wie werden sie vorgehen : Labor(man macht heute zutage kein BSG mehr)-abdomen Sono :
-was sieht man in Sono? entzündete Divertikel und Peri Divertikulitis Flüssigkeit mit anderen Komplikationen erwähnt
- Fach-KM Multidetektor CT Abdomen- Röntgen Aufnahme, um Perforation zu identifizieren
-Bei Perforation aber der Patient kann nicht stehen was machen Sie? Linksseitige Lage .
-wie sieht das Zeichen bei Perforation in linksseitige Rö-Aufnahme ? Luft in rechten Flank.
-Wie sieht die Therapie aus ? Z.B bei Divertikulitis mit Abszess : zu erst konservative Behandlung (mit Erklärung über AB und Abszess Drainage) und je nach Ergebnisse kann man über die Zeit für OP entscheiden.(elektiv-frühelektiv -Notfall)
-Warum musst du der Patient wenn sie kein OP durchführen will? Das führ zu Ileus auf Grund eine bildende Stenose

-Warum passiert Stenose bei chronische Divertikulitis? Wegen Narbe Gewebe
-Therapie nur die konservativ Behandlung mit 3 Name von AB (keine Fragen über OP oder Klassifikation)

28-warum stationäre Aufnahme? Fieber, zum Ausschluss von Abszess.
-Warum Blut Kultur?
-Patient kommt wieder nach entalssung mit starker schmerzen?
-was würden sie tun ? würde ich den patient noch untersuchen und Sono machen. Prüferin: sie finden Peritonismus Zeichen. CT habe ich gesagt zum Auschluss Perforation. wurde bestätigt was würden sie tun : OP

29-Fall:
65-jährige Frau, ca. 80 kg, 1,70 m groß, alleinlebend, verwitwet mit einer Tochter ohne relevante Erkrankungen, pensioniert und früher als Sekretärin tätig. Ihre Ernährung war nicht sehr gut, sie trieb keinen Sport usw. Sie hatte eine Hypothyreose, nahm Eutirox 75µg, Dyslipidämie, für die sie Atorvastatin einnahm, litt unter Obstipation, hatte Osteopenie und nahm Ibuprofen nach Bedarf. (Alle diese Risikofaktoren).
Sie ging in die Notaufnahme, weil sie seit 4 Tagen einen progredienten Schmerz im Unterbauch auf der linken Seite hatte und vor zwei Tagen wurde es schlimmer, so dass sie einen Arzt aufsuchen musste. Zusätzlich hatte sie sich heiß gefühlt, aber das Fieber nicht quantifiziert, Obstipation seit 4 Tagen. Sie hatte schon ihren Hausarzt wegen Unterbauchbeschwerden konsultiert und immer Medikamente gegen Verstopfung empfohlen bekommen, aber so akut und schmerzhaft war es noch nie gewesen (Also erstamal Typ1).
Fragen:
-was ist Ihr diagnostischer Verdacht, warum, welche Differentialdiagnosen? Colitis ulcerosa, Morbus Crohn
-wo liegt Colitis ulcerosa und wo Morbus Crohn? im gesamten Dickdarm
-wohin schicken Sie die Patientin? ich habe geantwortet sono und höchstwahrscheinlich zum CT (weil die Dame übergewichtig war), direkt zum CT? nein, erst probiere ich sono und dann CT (Kontrastmittelgestütztes CT Abdomen - wasselöslich)
-wie sieht es im sono aus? Echoarme Darmwandverdickung mehr als 5 mm und ggf. Kokardenphänomen, Entzündliche Schwellung und Wandverbreiterung, Fettgewebsimbibierung
Freie Luft bei Perforation, Nachweis der Divertikel und Ausschluss von Komplikationen (Abszess, Fistel, Perforation)
-was könnte ich sonst noch machen? Röntgen mir Doppelkontrasteinlauf wie ist das

-was ist das? Wie kann man den Dickdarm sonst noch sehen? (er wollte, dass ich Koloskopie sage, aber ich wusste, dass das nicht möglich war, also sagte ich ihm, dass man es mit der Koloskopie sehen könnte, aber dass es bei diesem Patienten wegen des Risikos einer Perforation kontraindiziert war und dass ich es in 4-6 Wochen machen sollte, wenn der Patient bereits Entzündungsfrei ist, um ein Kolonkarzinom auszuschließen, Bei der Stratifizierung hatte der Patient ein Bild von 1cm im oberen Teil der rechten Lunge
???

-was kann das seien? ein Tumor/Metastase, warum? Das distale Rektumkarzinom metastasiert in die inferiore Vena cava, was ist zu tun, um sicher zu gehen, dass es das war? eine CT Untersuchung und dann Biopsie
-wie sieht eine CT-Untersuchung aus? unscharf begrenzt, ohne Verkalkung, spiculae, infiltrierend. Welche Arten von Tumoren gibt es in der Lunge? kleinzellige und nicht kleinzellige, Histologische Subtypen? Adenokarzinom und Plattenepithelkarzinom. Zeit war vorbei.

45f

13-Tumor staging Befund (TNM) (R=Residual) (G= Grading)
T-lokale Tumor Ausdehnung
N-Lymphknoten Befall
M-Metastase
G-Differenzierung (G1-Gut..G2-mäßig..G3-schlecht differenziert und G4 undifferenziert)
L-Lymphgefäße Befall
R-Resektion (R0-total /R1-mikroskopisch sichtbare restgewebe und R2-Makroskopisch Restgewebe)
pN-pereiphere neuritis
= perineurale Invasion)
14-Erysipel (Erreger des Erysipels und Behandlung, Formen) (DD)
-Erysipel, Erreger und Behandlung.
- was ist der Erreger für Erysipel??(B hämolysierende Streptokokken).
-Was ist die Erysipel-Therapie ? (Penicillin und bei Allergie clindamycin).
Makrolide

15-Abszess (Def., welche Erreger), Abszess an finger(dabei ein bisschen handanatomie)
der Leistenkanal verläuft in der Leiste in der vorderen Bauchwand er ist etwa 4 bis 6 cm lang
er verläuft von innen nach außen , von lateral cranial nach medial caudal die untere Grenze des Leistenkanals ist das Leistenband der Leistenkanal entsteht in der Embryonalzeit durch den Deszensus testiswas befindet sich im Leistenkanal bei Männern befindet sich der Samenstrang und der Nervus ilioinguinalis
Frauen das Ligamentum teres uteri Ligame das Mutterband und der Nervus ilioinguinalis

16-Hernie 21g
1-Leistenhernie,
2-Anatomie, Ein/austritspförte,
3-Hernieninhalt bei Männern und bei Frauen
4-direkt/indirekt Unterscheidung was eher erworben was eher angeboren ist
5-Schenkelhernien austritspforte, inkarzerierte Leistenhernie
6-Leistenhernie Tx Leistenhernie-typen
7-Inguinalhernie:
-Typen.
-Wie können wir zwischen beide Formen durch Untersuchung diffenizieren
-Das Prinzip der Behandlung ist der Verschluss der Bruchpforte)
-Femoralhernie
8-Leistenschwellung DD
-erbrechen, was tun : Magensonde, dann Medikamente,
-Dx : ikarzeriete Hernie,
-Tx : OP. Post op wieder Bauchschmerzen : Anastomose Insuffizienz.
- Leistenbereich mahlen, medial bis lateral vene arterie nerv.)
9- Leistenhernien Typen der Op. (nur nennen)
10- Hernie direkt ,indirect, ? Welche häufig bei kinder und welche bei late?warum beim kinder? Hoden ist zuerst intraabdominal, nimt darm mit.
Hauptziel? Pfordeschliessen(netz)
11- Die 3 Bestandteile von einer Hernie? Was ist die häufigste?
12-Was ist der Unterschied zwichen direkt und indirekt?
13- wann muss operiert werden und wann muss nicht, welche op?
14- Hernie inguinales, Anatomie, descensus Testis, angeborene Hernie, ein bisschen über Embryologie was passiert wenn Testis in Hodensack kommt - zieht den Peritoneum - schwache Punkt (der Chirurg hat total komische Fragen gestellt, btw...). Warum kommt Testis in Hodensack, wegen optimaler Temperatur für Spermatogenese.

15- Leistenhernien, Unterschiede und Behandlung. Warum ist der indirekte Hernie häufiger bei Männern ist? Warum soll der Hoden im Hodensack sein? Bild von der Schenkelhalsfraktur, Typen, Behandlung.

16- Pat kommt mit schmerzen in leiste wie gehen sie vor und DD
Differenz zwischen direkte und indirekte Hernie . Leisten Hernie bei Frauen und Antaomie vom beide sowie Behandlung

17- Leistenhernie; der Pat.kam wegen Schmerzen in Leistebereich, was muss man Fragen: ich habe versucht , er hat selber gesagt - etwas schweres aufgehoben. Direkte- indirekte Hernien, was ist Therapie...

18-Fall:
Pat. kam mit Vorwölbung in Der Leiste(leistenhernie DD. Femoral hernie, Hydrosil,Varicozil, Hoden Torsion bei Kinder,Ganz wichtig LK Schwellung zu sagen) Pat hat Leisten Hernie aber keine Schmerzen und rebonierbar , (Therapie Elektive Herniostomie) aber wenn die Schwellung schmerz haft wäre, muss er wieder zu uns schnell kommen. Beobachtendes Abwarten

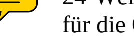
19-Fall:
Patient mit leisten Schmerzen was kann sein ? A: leisten Hernien
-Frage nach indirekt und direkt
-Bei Säugling welche Hernie kann sein? A: indirekt
- warum? **Processus vaginalis** bleibt offen
- Warum soll die Hoden im Skrotum sein? wegen Spermatogenese

20-was ist häufiger indirekte oder direkte Inguinal Hernie bei Kinder? (Indirekte) kann eine direkte Inguinal Hernie bei Kinder passiert? (ich habe gesagt nein aber das war falsch) wie heißt die Inguinal Hernie-Op? (das wusste ich nicht aber ich habe gesagt wir benutzen Netz oder Wand Verstärkung besser als nichts zu sagen)

21- Patient kommt zu Ihnen in die Praxis hat starke Schmerzen am Unterbauch was machen sie wieder systematisch Inspektion Vorwölbung, Auskultation (Darmgeräusche) dann abtasten
Mann darf die Vorwölbung nicht reponieren (Angst von Inkarzeration)
Patient ins KH Überweisen.

22-Anatomische Unterschiede zwischen direkt und indirekte Hernien

23-Welche ist bei Kindern häufig und bei erwachsenen.



24-Welche Hernien ist bei Frauen häufig (Fermoralis Hernie). -Lage anatomisch bezüglich Leistenband.-Die Hauptschritte für die OP. -Bruch Inhalt reponieren, bruchsack entfernen und Bruchpforte schließen.

25- Fall:
alter Patient hat seit 3 Stunden leistenschmerzen.
Fragen:
-Wie gehen Sie in der Praxis?
A: Anamnese, Wichtig zu fragen (hat der Pat. etwas schwer getragen), dann Inspektion beim Stehen (Vorwölbung), dann Auskultation (Darmgeräusche in der Hernie).
-reponieren Sie die Hernie? A: nein (Inkarzeration Gefahr), Prüfer sagte der Pat. möchte nach Hause gehen, ich sagte nein, er braucht Notfalloperation.
-Op: Stichwörter bei op. (ich sagte, Bruchsack entfernen, nicht vitaler Darm entfernen, Bruchpforte Schließen),
- indirekt, und direkte Hernie. was häufiger bei Kindern? indirekt, Prozesses vaginalis bleibt offen
-was ist Processus vaginalis peritonei? A: ein Kanal für Genitalorgan zu Passagieren.
-Bei Frauen? Schenkelhernie und Warum?
-frage über Bruchband, ob das falsch oder richtig ist? (das ist nicht Behandlung und hat Nachteile, bitte lesen darüber, ich habe die Nachteile vergessen)

26-Fall:
Man hat Leistenhernie
-was machen? A: Diagnose (anamnestisch, klinisch und apparativ ...), mögliche Komplikationen, Therapie. Am Ende konnte man nachvollziehen, dass er NUR die Therapie hören mochte. Jedoch Leistenhernie auch in Details.
-Was ist processus vaginalis peritonei, wie entsteht, was für Rolle spielt er dabei.
-Warum die Hoden sind extrakorporal gelegen
-wo lagen die genau emberyonal? Auf welche Höhe?
-Was sind die Ursachen und wie entsteht die Hernien?
Meine Antwort war Pathophysiologie, Ursachen und Risikofaktoren, aber er wollte etwas ganz anderes haben, die ich nicht wusste.

27-Inguinalhernie (Viel von Anatomie , Inhalt der Hernie , Schenkelbruch, was bei Kinder , warum bei mänlichen Kinder mehr? Weil nach Hodendescendenz manchmal das Perituneum nicht geschlossen wird.

28- Hernie:
-welche gibts, welche ist die häufigste (Leistenhernie).
-Welche LH kenne ich, Anatomie direkte/indirekte LH,
-Definition Hernie .
-Schenkelhernie wo ist Bruchpforte (unter Leistenband).

27-Kolonkarzinom 24g 49f maz imp

1- Definition / Risiko Faktoren/ Symptome/ Therapie



uch f53

2-Fragen über Polypösen, Mode of Inheretence , Wie behandelt man die Polypösen),
3- RF von Kolonkarzinom,

4-Tumormarker. CEA-Bestimmung als Ausgangswert vor Therapiebeginn
5-Laboruntersuchungen, ..)))==???
6-Kolorektales-Ca:
-Wie lange is Rektum? Gesamtlänge beim Erwachsenen ca. 12–18 cm
-Therapie?
-Untersuchungen? DD?
-Warum machen wir neoadjuvante Radio-chemo?
-Um Rezidiv- Risiko zu erniegdrigen und downstaging.
26g -Kontinenzorgan zeichnen? Funktion von Korpus cavernosum recti? Windverhalt!
7- Neu in Männer Screening angesetzt, seit 2-3 Jahren mit Prostata und Kolon-CA?
Aorten-Dissektion-Screening mit Ultraschall.

Rektum:
7- Rektumkarzinom: neoadjuvante Therapie, Leitlinien, OP. Kontinenz
8- Was ist Parks Klassifikation von Analfisteln? 110f
Ich sollte dass ich auf dem Tafel zeigen wo genau die Typen sind.
Er hat selber gemahlen und ich sollte nur darauf mahlen wo die Typen sind?
9-Welche Krankheit verursacht die extrasphinktäre?
10-Was ist die Analkarzinome? Was sind die Typen?
11-Was ist der Unterschied zwichen Anal- und Kolonkarzinom?
12-Was sind die RF von Analkarzinom? das wusste ich nicht er meine sexualübertragende Krankheiten durch Humanpapilloma Virus
37g 108 f 13- Parks Klassifikation für die Analfistel.
14- Anal Fisteln Klassifikation
15-Fall: Rektal Karzinom.
-Wie lang ist die Rektum ? 16 cm .
-strukturell Unterteilung : oberen , mittleren und unteren Teilen bezüglich Anokutanlinie
-Warum ist der obere Teil besonders? bei Therapie handelt man diesen Teil wie Kolon Ka. also keine neoadjuvant nur Op dann adjuvant Chemotherapie.
-Was ist neoadjuvant Chemo und was dient die ?
-Welche Tumor Marker ?
-Welche DD Verfahren ?
-welche Op verfahren bei Tumor im mittleren Drittel? Ich habe den Op Verfahren erklärt
-was mach man auch bei Op? Stoma je nach Lokalisation von Tumor.
-welche Typen von Stoma kennen Sie? Endständige und doppelläufige Stoma
-wo macht man dopple läufig am meisten ? Transverse Kolon
-was sind die komplikationen von Stoma ? Dann besonders bei ileostoma ? Galle raus dringen und irritiert die umliegenden Haut.
- die folgenden Buchstaben von pathologischer Untersuchung und wollte die Bedeutung davon : T-N-M-G-L-R-pN
= perineurale Invasion)

16-Fall:
Bei Rektal Karzinom
-was werden Sie machen?
Habe ich gesagt (ist das schon histologische bestätigt als Adenokarzinom ?) Hat gesagt ja.
Dann sagte ich müssen wir Staging und Tumormarker um den verlauf zu beurteilen.
Habe ich erzählt Sono. Leber Metastasen , Rö. Lungen metastäsen
Dann hat mir gesagt wie bestätigen wir rektal Karzinom (Inspektion, DRU, Proktoskopie und Koloskopie) und Behandlung je nach Ausbreitung.

18-Anästhesiologische Klassifikation der Patienten vor dem Op bei endoskopische Untersuchung (Grad I-IV), Grad IV muss ein Anästhesist dabei sein. ///?????????????????

19-Milzruptur 72f 28g
-Op oder Konservativ
-Impfung bei splenektomie
-Schockraum Milzrupturklassifikation
-Kaegesser-Zeichen
-Milzruptur gefragt mit Bilder

Duplex beudeut, dass zwei Informationen gleichzeitig geliefert werden können.
Einerseits ziegt die Duplexsonografie
ein Bild des Blutgefäße (B-Bild-Sonographie),Blutgefäße werden als Schnittbild darstellen
andererseits zeigt sie die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes in dem untersuchten Bereich(Doppler-Sonographie)
Wird die Ultraschallinformation zusätzlich farbkodiert, spricht man von einer Farbduplex-Sonographie.

20-Ikterus 29g 68f
1-Klassifikation
2-posthepatische Ikterus
3-Gallenwege Karzinom, DD
4-Er hat gefragt über Ikterus was bedeutet und ein wenig pathophysiology, andere Symptome dabei.
5-Ursachen,

In Hepatozyten wird Bilirubin mit UDP-Glucuronsäure glucuronidiert (= mit Zucker konjugiert/verbunden, entspricht Phase II der Biotransformation)
Dadurch wird Bilirubin wasserlöslich
Konjugiertes Bilirubin wird aktiv in die Gallenwege ausgeschied

6- Bilirubin:Arten und wie wird in Leber metabolisiert, nur der Name von zuständige Enzyme.
7- was bedeutet SGOT und SGPT.
8-was macht Leber mit bilirubin.
9-nach einer Woche kommt Patientin wieder mit rechtem Oberbauchschmerzen, was machen Ultraschall : sieht
10-Raumforderung, danach : OP? Nein, USG Punktion oder CT Punktion.)
11- Patient Ikterus Ägypten(ich komme aus Ägypten) DDx? Hepatitis ,Bilhariziasis (schistesoma) Urin ist dunkel Stuhl ist hell
Komplikationen? Ptca, was noch? Urinary
12-Fall:
Pat. kam , weil er Acholie und dunklen Urin hat. Ihre Taktik?
Das war eine schmerzlose Ikterus.
-Ursachen gesagt- Pankreaskopfkarzinom. Klatskin Tumor. Mirizi Syndrom. ???mit schmerz
-Kurative-palliative Therapieansatz bei Pankras Ca.
-Was für OP Technik.

21-Appendizitis 27f-30g
1-Zeichen, Schnitt bei offener OP, anatomische Grundlage
2-Re Iliac Schmerzen bei einem 80 jährigen Patienten, was ist VD? Zuerst Appendizitis,
3- bei welchem Alter ist am häufigsten? warum? und alle klinische Zeichen? Häufigkeitsgipfel: 10.–30. Lebensjahr
4-Wurde Appendektomie durchgeführt und nach einer Woche mit gleichen Symptomen (Fieber und Schmerzen) ist der Patient wieder da,
5-was machen Sie? (Labordiagnostik und Sono)
6-was können wir mit Sono sehen?
7-Wir haben mit Sono Raumförderung gesehen, was wird das? (Abszess) was machen wir? (Drainage) wie? (Mit Sono)
8-und wenn keine Sono?(mit CT)
9- und wenn keine CT? (operieren wir) und operieren wir auch wenn es septierte Abszess ist.)
10-DD. Besonders von extrauterin Gravidäte.

31g 22-Elektive Tracheostomie (Indikationen, Komplikationen)

32g106f 23-Entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulzerosa/ m. Crohn)
1- DD Enteritis (Gastroenteritis, ischämische Kolitis, unspezifische Kolitis, und Colitis Ulcerosa) dann was sind die Unterschied zwischen Crohn und Colitis Ulcerosa) dann Komplikation von Colitis Ulcerosa und dann wie kann ich Chirurgisch behandeln

24-Gastritis 33g 5f
1-Gastritis typen
2-typ A pathophysiologie und klinik,
3-B12 mangel, was passiert : Polyneuropathie und Anämie
4-Chronische Gastritis typ C oder Ulkus mit chronische Blutung bei ibuprofen Aufnahme seit einem Jahr.
5-Hb 8 patient stabil? Was machen sie? Sofort endo? Wie macht man endoskopie, sedierung? Patient stabil kein VE, aber fühllt such schlapp was machen sie? Keine transfusion ! Nur Eisen oral. Er war zufrieden.
6-Schemata der h. Pylori Behandlung, Dauer, RF der Ulkuskrankheit.
7- Gastritis Ursachen?
Was macht Ulkus?
H. Pylori Therapie?
Wann Fransozische und wann Italienische?
8-wie gehen Sie vor. Behandlung. Pt 10 Tage nach op und nach Antibiotika Behandlung kam mit Bauchschmerzen und Durchfall (Clostridium diffizile), Diagnose und Behandlung?
9- In Typ A Gastritis welche Anämie könnte Auftreten (Makrozytäre hyperchrome Anämie bei B12 mangel) Warum (Fehlen des Intrinsic-Faktors) Woher kommt dieser Faktor (hier habe ich nicht antwortet, dann hat sie gesagt parietalzellen gesagt)

25-Ileus 34g 75f
1-DD paralytisch/mechanisch
2-Auskultationsbefund! Sichtbarwerden der Kerckring-Falten des Dünndarms
3-Sie haben ein Bild mit sichtbaren Kernkringsfalten (Klaviertastphänomen) und Flüssigkeitspiegel
4- Was können sie beim Ileus abhören ? Bei pankreatitis - > pleuraerguss auch. Mehr rechts ? links
5-Fall:
Pat. mit seit gestern bestehende diffusse Bauchschmerzen, mit Übelkeit und einmal Erbrechen, Stuhlgang normal was machen Sie? hier habe weiter nach die Beschwerden näher gefragt. Nach der frage nach Peristaltik hat der Prüfer gesagt, dass sie hochgestellt und klingelnd. Dann habe ich gesagt, wir machen ein Abdomenübersicht-Röntgenaufnahme zum Ausschluss Perforation, sowie Abdomen Sonographie. Sonographisch meinte der Prüfer gab eine 2cm erweiterte Dünndarmschlinge. Hier stand der V.a. mechnischen Ileus. Dann hat er ein CT Abdomen mit deutlich erweiterter Dünndarmschlinge sowie gefühltem Magen (ich sollte das Bild nur Beschreiben).

Außer mechanischem Ileus, welche Ileus Typen kennen Sie (Paralytischer Ileus). Ursachen (ich habe hier Mesentrialichämie erwähnt) dann fragte er über Medikamente, die paralytische Ileus verursachen (hier habe ich alles vergessen, jedoch vor der Pause habe Opiate erwähnt).

Ursachen für meschnischer Ileus (ich habe paar sachen erwähnt, wollte er aber GIST hören )
Dann fragte er was GIST sagt mir (hier habe ich GI-Stromatomure gesagt aber konnte nicht weiter beschreiben)

6-Fall:
Patient kommt in der NA mit starke Baucschmerzen. Was machen sie? Dann Röntgebild und CT gezeigt: Ileusbild mit Kalibersprung. Welche Ursache von Ileus kennen sie? Der PAtient hat hyperperistaltik und berichtet dass er z.n. APP ist. An was würden sie denken? Mechanische Ileus bei Verwachsungsbauch. Was machen sie jetzt dass die Diagnose bestätigt ist? Zuerst Maensonde anlegene und chirurgen informieren. Ja, die Chirurgen sind im OP können nict jetz kommen, was machen se? Analgesie und Volumen. Ja was noch? Fall er EZP hat dann auch Antibiose. Wenn dem Patientn unter diesen Maßnahmen gut geht, keine Schmerzen hat, würden sie abwarten un ihn nicht mehr operieren? Nein ich würde ihm sowieso operieren. Warum? Welche Komplikationen können auftreten? Perforation, Peritonitis, ggf Schock.

35g 62f 26-Leber Raumforderungen ausfürhlich(Vorgehen bei Adenom, Hömangiom, Echinokokkus

36g 107f 27-Analkarzinom (Therapie), Analfistel Klassifikation, Hämorrhoiden. 110f

40g65f 28-Ascites

113f 29-Verbrennung mit Schädigung der Atemwege
1-Was muss gemacht?
44g 2-Algorithmus bei schwierige Intubation https://next.amboss.com/de/article/hl0c9T?q=fiberoptische+intubation&m=UwbbRD#kCXmHZ0 
3-wie muss man Beatmungerät einstellen? http://pin-up-docs.de/2021/01/13/basics-atemwegssicherung/
4-Algorithmus wenn man keine Zugang kriegen kann? https://sop.klifairs.ch/sop/airway/schwieriger-atemweg/
5-Wie viel Flüssigkeit gibt Mann bei Verbrennung?
6- Wie viele Flüssigkeit braucht ein Patient mit 50% Verbrennung?! Ca. 16 Liter(er wollte dass ich genau rechnen, ich war gestresst deswegen habe ich 1,600 liter gesagt, sagte er falsch, dann sagte ich 16 Liter)
Wie sollte man dass verabreichen, 16/24h,und die Hälfte davon in der ersten 8h.
7- Verbrennung - Grad,Rule of 9, verbrennte Pat.(Grad 2 und 70-80%) zur Ihrem Praxis gekommen,was tun? (erste Versorgung- keine Kühlung bei >30%-->Schock!
verbrennte Fläsche einschätzen, Flüssigkeitszufuhr -Parkland Formel, ab grad2 (> 30%) grad3 (>10%) ins akut.KH/ Burn unit anweisen.Auch sehr vertieft gefragt worden .(zB wie bei der Kinder, Inhalationstrauma)
8- Kompartmentsyndrom
9- Verbrennung, Vorgehen, Flüssigkeitssubstitution.
10- 9 Regel, Parkland Formel und Volumen substituieren erklärt

30-Ösophaguskarzinom
1-Ein Patient hat er Dysphagie, Gewichtsabnahme und B Symptome. 
Was ist die Diagnose 😕? Am Ende war die Diagnose Ösophaguskarzinom. Diagnose und wie wird Staging gemacht.
2-

31-Laparoskopie:
1-Welches Gaz insufflieren wir um die Organe besser zu schauen? CO2 ?
2-Was wird damit in Bauchhöhle geschaffen? Pneumoperitoneum.
3-Was sind die Konsequenzen für die Lunge und Herz? Kompression, Verlagerung, Erhöhung der intrathorakalen Druck und Funktionseinschränkung habe ich gesagt.
4-Können wir Laparoskopie bei allen Patienten machen. Ich habe gesagt nein, kontraindiziert für Patienten mit Herz-, und Lungeninsuffizienz (z.B COPD) ,
5- wenn wir CO2 am Ende der OP absaugen aber eine Menge davon drin bleibt was kann passieren. ich habe gesagt CO2 wird nochmal resorbiert und über die Lunge entsorgt. Der Prüfer hat gesagt genau und das führt zu einer Hyperkapnie im Blut und deshalb ist Laparoskopie bei COPD Patienten kontraindiziert.
6-Wie ist der Ablauf einer laparoskopischen Cholyz.? Haben Sie eine OP gesehen ? Grundsätze bei der laparoskopischen op ? andere op , die häufig auch im Bauch laparoskopisch gemacht wird ?
7- Was sollen wir in Koloskopie Vorsorge sehen.
Wie viel Typen von Polypen gibt es?

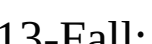
32- Hämorrhoiden
1-Hämorrhoiden welche Untersuchung: DRU und Proktoskopie

33- Reflux Krankheit:
1-Pathophysiologie

34-Mischung:
1- Wenn sie groß wird mit Kompressionsymptome ?

2- Dann was müssen wir sagen bei der Aufklärung : ich habe alles gesagt aber es fehlt noch die Unterschrift.
3-Who Schema für Schmerzmedikamente mit Beispiele.
4-Was brauchen wir um Opioide zu schreiben: Betäubungsmittelrezept
5- Schmerztherapie über WHO-Stufenschema Wirkung Mechanismus NSAR, NW, Medikamente Namen von Stufe II, Opioid-Analgetika Wirkung, Analgetische Potenz und NW.
6- Dann über C2-Abusus, [...]ffenen Organe? Dann zuletzt Arterielle Hypertonie Basis Therapie ABCD und Ätiologie von Sekundäre Hypertonie.
7- Was ist Palliativ Therapie. Was ist Schmerztherapie nach WHO.
8- Was ist Kompartment Syndrom, wo ist am häufigsten, welche Erkrankungen führen dazu: Polytrauma, Frakturen, Schock. Wie sieht das Bein bei Kompartment Syndrom aus, welche Symptome, Wie messen Sie den Kompartmentsdruck, wie behandeln Sie.
9- Pat. Postoperativ mit Dispnoe..Was machen Sie..
10-Was ist HELLP Syndrom? gefährliche Form der Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)
11- Ein Patient hat post_op hat ein dickes Bein entwickelt welch DD. Wollte Reperfusionskompartment hören. diagnostik+Therapie. Stichwörter.

12- Nennen Sie einige Thorakotomiezugänge?



13-Fall:
Sie habe Pat. mit diagnosearten Sigma Adenokarzinom
-Wie gehen Sie vor? Staging, CT Abd und Thorax mit KM, bei Fokale neurologische Symptomatik machen wir cCT, Metastasen in Knochen bei Kolonkarzinom ist unhäufig, gut.
-Pat. hat keine Metastasen, wie behandeln Sie den Fall ? Laparoskopische Sigmaresektion + LK Extraktion, Anastomose.
Fragen:
-Wie bringen Sie die Kollonenden zusammen, um Anastomose zu machen? Bei linke Kolon Mobilization,
-was kann passiert intraoperativ bei linken Kolon Mobilization ? Milzriss.
-Wenn ein Dünndarmabschnitt mit Tumor klebt, was machen Sie als Chirurg ? En Bloc Resektion, [...]ation der Subserosa
-Pathologie hat Ihnen die Befunde geschickt und darauf steht pT3 was bedeutet ? Infiltration bis serose,
-was bedeutet (p) hier ? Pathologie, pT4 : Infiltration zu Nachbarstruktur, R0: keine Makro-Mikroskopische Tumor verbleiben, R1: Mikroskopische Tumor verbleiben.
-Was machen Sie bei R1 ? alles erst Aufklären zu Pat. , wenn er einverstanden ist, machen wir Re-Excision.

-Wie wird den Pat. weitere behandelt ? Tumorkonferenz und ggf. Chemotherapie.



Adjuvante chemotherapie empfohlen

14--Z Linie(ora serrata) , und rectum (anal kanal)
15-Die häufigste Ursache des Analkarzinoms HPV.



16-Wie entsteht Schmerz nach eine Verletzung.

17-WHO- Schmerzschema
18-Beispiele für jede Stufe

19-Fall:
-Welche Krankheit, die eine plötzlich schmerzen in Wade macht ?
Dann habe ich gesagt TVT (meinte nein), dann habe ich gesagt Polyneuropathie , Diabetisches fuß, CVI, (de sind nicht Plötzlich) ,Archilis Ruptur,
-Muskelspannung (plötzlich).Er sagte denken sie außer Innere, dann habe ich Kompartmentsyndrom (der Patient hat kein Trauma dann nein).
Dann endlich habe ich Bandscheibenvorfall gesagt und war was er hören wollte.

20-Fall:
Ein Patient blutet während der OP, Hb initial war 14, aktuell 7 was machen Sie.
Kreuzblut und Ek wenn die nicht gemacht wurde. **Bedside-Test** was bedeutet?. Welche Blutgruppe als Notfall geben Sie (O-), der Patient hat gerinnungsprobleme was machen Sie, habe ich gesagt ppsb(falsch) dann **Thrombozyten-Konzentrat** auch Falsch. Er sagte FFP. Dann hat gesagt der Patient hat Blutgruppe A, welche FFP(fresch frozen Plasma) geben sie?. Ich sagte A (richtig was noch). Habe ich O gesagt und das war eine große Fehler und er sagte wir geben für A Gruppe A, und AB Gegenteil von normal Bluttransfusion und er wollte wissen warum . Ich wusste nicht.

21-Was ist die Palliativ Medizin? A: symptomatische Therapie bei Pat, die nicht behandelbar oder operabel sind Analgesie, Antiemetika und Psychologische Unterstützung bis wann geben das wir: bis er stirbt.

22- Gehirnblutung ?
-Welche mehr gefährlich
-Epi oder Subdoral? Epi weil arterielle Blutung
-ANV welche Werte bei Blut zu untersuchen wichtig ist ?
-Habe ich die nierenwerte gesagt er wollte Elektrolyten hören. Wann Dialyse?





23- wie kann man Enterovesicalfistel diagnostizieren.



24-Mediastinits? Ein Pat. leidet über Unterschenkelschmerzen, klinisch Dunkelverfärbung,
25-Schwellung und Hautkrepitation Gasbrand, Erreger, Behandlung?

26-Hirschsprung Krankheit, patophisiologie, Therapie, Embriogenese.



27- i.V. Drogensüchtiger kommt mit Ikterus und Bauchschmerzen woran denken Sie

28-Tieren- und Menschenbiss und Fleischerei-Hautschnitt?
müssen sekundär versorgt werden, lokal Anästhesie und warum spritzt man mit kontinuierlicher Aspiration, NW und Klassifikation von Lidocain, Analgetika (Gruppen und Beispiele)

29-Pat 10 Tage nach Geburt fühlt sich übel, Kopfschmerzen und Sehstörung (V.a. Hirn Sinus Thrombose)

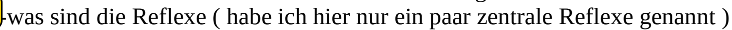
30- ein Pat (Z.n Wirbelsäule Trauma und Nerven Wurzel in BWS lokale Infiltration kommt mit Dyspnoe
wie gehen Sie vor? Pneumothorax
-dann alternative diagnostische Methode? Sono dann Punktion mit Details und danach Rö-Tho Kontrolle

ohnmächtig werden und umfallen

31- eine 65 alter Patient hat 3 Mal in den letzten 2 Wochen umgekippt aber ist wieder völlig normal.
-was kann das sein? Ich sagte TIA - richtige Antwort. Hat ein EKG gezeigt – war Vorhofflimmern

32-Fall:
Ein mittelaltriger Man zur Routine Untersuchung bekam die folgende Werte zufällig. -TSH 14, T4 1,1.
Fragen:
Was ist das ? Ich hab gesagt latente hypothyreose.
was kann der Grund sein ? Vielleicht Antikörper gegen SD
was bestimmen Sie dann - SD Antikörper TPO und TRAK- Behandlung - L thyroxin

33-Fall:
RTW bringt ein 25-jährige Junge mit schwerer Schädel-Hirn-Trauma und ausgedehnte Blutung mit fast Klemmung, intubiert und die Neurochirurgen bei Ihnen im Klinikum haben versucht Druck zu entlasten aber kam es zu weiterer Blutung, deswegen wollen Sie nicht operieren
Fragen:



-Wie erkennen Sie ob das Gehirn noch in Ordnung? ???
-was sind die Reflexe (habe ich hier nur ein paar zentrale Reflexe genannt)

34-Fall:
Fall:
74j Pat. Obstipation seit 3 tagen. Übelkeit, Erbrechen
Fragen:
-V.a? Ileus
-Welche typen Kennen Sie?.. paralytische **Ileus** und mechanische.
-Mechanismus, Diagnose, Behandlung?
-Warum ist mechanische gefährlich (Darm Ischämie je nach Ursache zum Beispiel bei inkarzerierte Hernie
-Ursache von Obstipation?
Alles was ich wusste erzählt.. dann sagte er wo hatten Sie letzte 5 Jahre gearbeitet. dann sagte ich stimmt Antidepressive machen auch Obstipation.
-Komplikationen von Ileus.
-Dann hat mir gesagt was macht genau im darm wand?
Habe ich gesagt Perforation dann keime keine Befreiung dann entzündet der Peritoneums dann Peritonitis danach Muskelwand entzündet dann Schmerzen ...dann Sepsis dann Gefahr septische Schock.
- was macht Ileus in der Darmwand? A: Ödem
- Labor bei Ileus? nur Elektrolyte bzw. K, Na
- was ist die wichtigste? Habe ich gesagt k... Hypokaliämie verursacht Obstipation.



35- Wie funktioniert Doppler, wie macht man die Angioplastie.

36- Hämorrhoiden
-Klassifikation, Symptomatik, Therapie

37- Palliative Therapie?
-was ist Palliative Therapie? Lindernde Therapie um die Symptome zu minimieren.
-Was für Palliative Therapie haben wir? Radio Chemo bei Obstruktionen stent oder PEG insertion, oder Therapie von Luftnot oder für Knochenschmerzen Bisphosphonat oder anti depressive Therapie.

-Welche andere psychische Symptome müssen wir behandeln? Delir. Gut! Was noch? Immer kommt was noch? Halluzination

38- Fall:
Ein junger Mann kommt epigastrisches Schmerzen nach dem Essen
Fragen:
-was könnte es sein DD und fragen darüber wenn er alt ist was könnte es sein.
-Dann Fragen über Ulkus ventrikuli und duodeni: wo ist häufig.
-Die Ursachen für Ulkus ventrikuli. Dann über H pylori wie wird diagnostiziert.
-Wie wird C13 Atemtest durchgeführt.
-Therapie der H pylori. Wie häufig ist die H pylori infektion (sehr häufig 50%).

39-Fall:
ein Mann 53 jährige, will sich einfach kontrollierenlassen, Check up
Fragen:
-was soll er in diesem Alter kontrollieren lassen? (Prostata) Screen
-Ab welchem Alter soll Prostata untersucht werden und wie oft?
(ab 35 j.a. und alle 10 Jahren bei unauffälligen Befund)
-Was noch soll kontrolliert werden?
(Kolorektales Karzinom)
-Ab welchem Alter soll Kolorektalkarzinom kontrolliert werden? (45)
-Diagnostik und Staging von dem KRK?? Hab genannt
-Welche LK Metastasierten?? (Mesentrial, Bauchwand, inguinale, paraaortale)
-Welche Risikofaktoren?
Rauchen und Alkohol und ballasstoffarme Ernährung und CED sowie Fettiges Zufuhr und anderen
-Was meinen sie mit Ballaststoffarme?
(keine Gemüse und Obst)
-Bei CED wie oft soll KRK kontrolliert?(jährlich)

40-Ein Pat aus Italien und ein aus Amerika
-wer ist bedrohter mit KRK betroffen zu werden? (Amerika wegen Fastfood)

41- Fall:
der Prüfer hat das Kolon mit einer Läsion auf den rechten Flexur gemahlt, sagte: Frage: F: die Histologie der PE(Probenentnahmen) hat Malignom gezeigt
-was machen Sie? Antwort: A: Staging...CT mit KM für Thorax, Abdomen und Becken.
-F: Wenn T4? A: Befall der benachbarten Gewebe bzw. Strukturen.
-Dann sagte, neben dem Bild ist TMNLNGR, was ist das? Jetzt bezüglich des Befundes am Kolon
-was würden sie machen? A: Erweiterte Hemikolektomie.
-F: Wenn der Pat. jetzt sagt, Warum so viel rausschneiden? A: Aufgrunde der Blutversorgung und Lymphdrainage zur regionären Lymphknoten.
-F: wie viele Lymphknoten sollten mindestens zur Histologie geschickt werden ? A: 3, er nein, 12.
-Jetzt nach der Resektion sind noch 3 Lymphknoten befallen was machen Sie? Nachresktion, er sagte nein, wäre es zu viel, ich: Chemotherapie, er: ja.

42- Fall:
7-järiges Kind. Z.n. VU.
Wie kann man auf der Straße Pnemothorax un Hämothorax diagnostizieren?
Perkussion und Auskultation? Ich musste vergleichen.

43- paraumbilikale Hernie, KU, dann eine CT-Sagittalschnitt mit KM um die Hernie zu zeigen, dann Therapie (Notfall-OP bei eingeklemmter und frühelektiv bei nicht eingeklemmter Hernie)
Fragen:
-was ist wichtig bei der Aufklärung vor der Notfall-OP (ggf. Darmresektion), dann Unterschied zwischen mechanischem und paralytischem Ileus (Diagnose, Ursachen),
-Dann Nabelhernie-OP (Vorgehen und OP-Nahme), dann OP-Nahmen von Leistenhernie (inkl. TAPP und TEP),
-dann mit der gleichen CT was kann man auch sehen,
-war eine LWK-2 Kompressionsfraktur mit Höhenminderung und LWK-5/ SWK-1 Spondylolisthese
-Behandlung von LWK-2 Fraktur (Kyphoplastie) (ich bin Orthopäde).

44- Bedseidtest wann und wo. Und welche Blutgruppen gibt's welche darf von welchen bekommen.

45- Fall:
Dann Fall: Sie sind Hausarzt, kommt der Pat, hat dicke Beine
Fragen:
-DD (ich hab gesagt HI, TVT bds, Lymphödem, Myxödem)

-Wenn Pat dazu aHT hat und Medis einnimmt, welche Medikament kann auch Beinödem verursachen (Ca Antagonist Amlodipin, Nifedipin normalerweise nicht, weil zu kurz wirkt).

46- TNM klass. ((ypT3 N0 L0 V1 Mx G2 R1))
L und V wusste ich nicht und er hat nichts gesagt.
in den Blutgefäßen (V0: nicht nachweisbar, V1: mikroskopisch, V2: makroskopisch erkennbar
Ausbreitung von Krebszellen in den Lymphbahnen (L1: ja, L0: nein

47- Fall:
Patient mit der Diagnose Clostrodium diffizile, Toxisches Megakolon.
Frage:Wie geht man vor.

48-Subrachnoidale blutung ursache ct von das Behandelung

49-komische Fragen:
- warum Neugeboren bekommt keine Hypothermie .
-Wie viel Luft ist Normal bei Infusion
-Wie ist Septischschick phathophysiology.
-Welche ist Hautdiagnostik für Septichembolie .
- Luft enthalt und er hat selbst beantwortet .

50-Ein Pat. mit traumatischer Verletzung am Brust rechte Seite, Auf welche Seite werden Sie ihn legen? Auf die rechte Seite, um die intakte Seite (insb. Linke Lunge) zu schützen.
-Durchführung von stabiler Seitenlage?

51-Was ist First-Pass-Effekt? Wann? Wann nicht?

52-Heimlich-Manöver? (Man muss diese wirklich bei dem Prüfer durchführen).

32-Impfung
1- Hepatitis, Impfung (A+B)
2- Influenza Impfung, Welche Impfung ist heutzutage in Nachrichten- Masern Impfung.
Wie viel Prozent Leute geimpft sein, dass die Krankheit nicht ausbereitet? 70 prozent.
3- Welche Krankheit kommt zurück in Deutschland weil es jetzt keine Geimft worden ist- Polio
4-Fall: Pat. kommt mit einer Handverletzung in die Notaufnahme, man soll nach Tetanusimpfung fragen, Typen von Tetanusimpfung.
5- Tetanus (3 Impfung Dosis und aktiv und passive Immunisierung, wie heißt Impfstoff für die aktive und passive Imm.)
6-Impfung Typen ‹Beispiele , kÖnnen wir Active und Passive Impfen , ja bei Tetanus
7- Über die Aktuell Impfung: sollen die Mädchen , Junge(als Träger) und sogar an Cervix ca erkrankte (macht den Verlauf der Krankheit milder) geimpft werden.
niedriger Laborwert)
8- Warum neue Vaccine von Moderna so innovativ ist, was für besondere Wirkstoffen?
9-Corona:
-Wirkung und Bestandteile der neuen Corona Impfungen? das war mRNA
-wie heißt virus: SARS- Covid- 2 .
-Wie heißt die Krankheit CoviD- 19. D bedeutet hier " disease"
- Covid-Impfung gefragt.
-Was ist besonders: mRNA und wie wirkt
also werde Spike Proteine in der Zelle produziert.

10- Dann welche Impfungen kenne ich allgemein, gibt es eine die aktiv und passiv ist? Z.B. Tetanus. HEP B
Er sagte: Ich schneide mich jetzt mit einem Messer die Hand und habe mich zuletzt vor 15 Jahren geimpft, was bekomme ich als Tetanus Prophylaxe?

12- Tetanus
welche keime? welche clostredien kennen sie (Difficile ,perfergansm, Botulismus wollte er hören)welche kranken verursachen.
-was ist Pseudomembranöse Kolitis ? wie kann Mann behandeln? warum heißt es Pseudomembran?
welche wunde darf Mann nicht primäre schließen? biss wunde wollte er hören. was ist die Hüfigste biss Wunde in deutschland? menschlich!
Tierbissverletzungen sind häufige Ereignisse. Etwa 60–80 % der Bissverletzungen werden durch Hunde verursacht, 20–30 % durch
Menschen können in Städten bis zu 20 % der Bissverletzungen ausmachen (

13- Typen von Impfung?

14-Gibt es in Deutschland impfpflich? Seit 2020 März für Masern

15-Wer darf nicht Impfung bekommen ? Immunesuprissiva , schwanger bis auf flu , und aktive Krankheit.

16-Nach Welche Impfung fragen wir ? Tetanus , ist das akitve oder passiv ?
Diese Prüfer wollte nur Stichworter hören .

17- Immunisierungsarten (aktiv und passiv und was ist das?)

18-wie funktioniert die mRNA-Covid impfung?

19- welche Impfung sind wichtig hier im deutschland nach 60ja (alle Patienten) ??
Am Wichtigsten und neu ist Herps zoster (meinte er) dann kommt Pneumokokken, meningiokokken, Hemophilisinfulanzie B

20-was ist den Unterschied zwischen Aktive und passive Impfung? (Blackout) dann habe ich über impfungen laut gedacht (zsm. Diskutiert), todesimpfstoffe, mRNA, Vektor.
-Was macht eine Impfung im Körper...bis dass ich die richtige Antwort gesagt habe (aktiv mit erreger und passiv mit Immunglobuline)

Kardiologie + Kardiothorax + Angiologie 55g-13v

1-Thoraxschmerzen (DD) https://next.amboss.com/de/article/ML0Myg#Zd8e548c50870ca4d512ea5b24e2eb7a7 Red Flags bei Thoraxschmerz
1-Umgang mit thorakale Schmerzen in der Praxis und Klinik (beso der Stemi)
2-Wie gehen Sie bei Dyspnoe vor? (Ich sollte alles erklären: Die kardialen und pulmonalen Ursachen, akut und chronisch, der Prüfer hat mich immer unterbrochen und die Frage gestellt) https://next.amboss.com/de/article/jL0_xg?q=dyspnoe#Zb1f9247f5d97a332e4b68d3f0afde6f9
3- Ursachen für Thoraxschmerz?

2-wie differenziert Mann auch Aortendissektion und lungrnembolie
(eigentlich nur Stichpunkte z. V wells score, d-dimere, charakteristusche Beschweren usw)

3-ACS (Wann wird Sauerstoff gegeben)? 57G
1-Nicht vergessen, zum Herzkatheterlabor
2-Bescheid zu geben, bevor sie ein Pat verlegen.
3-Sie wollen diesen Satz genau hören, Umgang mit thorakale Schmerzen in der Praxis und Klinik (besoders STEMI) Pat. mit seit 2 Std. thorakale Schmerzen. Anamnese: AP typisch? RF. KU: Vital, Cor, Pulmo. Bei RR 220/120 ? Nitro. Pat. ist agitiert, blass, dann Morphin. zudem ASS/Heparin nach verfügbarkeit. EKG mit lateteralem Infark, Ankundigung und Transport. Umgang in der Klinik, REvaskularisation innerhalb 90 sofort. AKG ohne spez. Befund, dann Labor bei V:a NSTEMI (also trotzdem muss der Pat. in die Klinik),
4-Vegitative Anamnese bei Herzinfarkt
5-warum ST-hebung ohne Troponin Erhöhung
6-Therapie bei Herzinfarkt.
7-MI und KHK (Bypassoperation)
8- Ein 26 jähriger Pt. kommt zu ihrer Praxis und klagt über seit eine Woche Dyspnoe und Müdigkeit und Erschöpfung bei geringer Aktivität , er war vorher sehr aktiv :
Ekg : in alle Ableitungen Endstrecken Erhöhung (Endstrecke = ST Strecke) , RR : 160 mmHg
HF :110 , EF bei kardiosonographie 25% , ich sagte er muss zum Krankenhaus überwiesen wer- den ,
Im Krankenhaus habe ich Laborwerte bekommen : Troponin, Ck , CK-MB , LDH sind sehr erhöht ,
Ich habe gesagt das kann nicht Myokardinfarkt sein weil alles auffällig ist und der Patient hat nur Erschöpfung aber wir machen eine Angiographie um MI auszuschließen , dann habe ich gesagt Myokarditis , zum Nachweis MRT und er hat den Ablauf erklärt (MRT mit gadolinium ..) N
Als Therapie : konservative Therapie und Ruhe , als Ursache : am häufigsten Viren , die sind : Coxsackie , Adenoviren , Parvoviren .
9-Ein 58- jähriger Patient in der NA mit seit 3 Stunden bestehenden Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Alles über MI: vorklinisches Vorgehen, Medikamenten mit Dosis, Lungenödem, Therapie. STEMI/NSTEMI
10- Blutversorgung des Herzen, welche Arterie ist geschlossen? Therapie nach dem Stent mit Dosierungen. Reanimation bei Kammerflimmern, Energie, Atiarrhytmika.
11- STEMI bei Verschluss rechte koronar Arterie,

12- Alles über ACS Therapie während des Anfalls und die Enzyme was ist Troponin? weitere Therapie, die koronare Arterien: welche versorgt die Vorderwand/ Hinterwand/ laterale Wand, Pneumothorax: Drainage, warum ist der Zugang in dieser Stelle, wieder zu MI und was ist die Unterschied zwischen STEMI, NSTEMI , was sind die MI mechanische Komplikationen ? Welche klappe am meisten betroffen ist? Wie behandelt man Mitralklappen Insuffizienz in diesem Fall ? Klappenersatz, welches Septum defekt ist hier am häufigsten? VSD. Was ist der Druck im R. Ventrikel und der pulmonale Druck? Und wie richtet sich die shunt hier?
??????////??????????????????????????

13- ACS (unstabile AP und MI nur nennen, was machen sie Trop und CK, Zeichen in EKG für STEMI, Pat. hat PTCA bekommen und ist jetzt stabil auf ITS was müssen wir kontrollieren?)

14-Fall:
65 j Pat ist mit seiner Frau in die ZNA mitgebracht, er ist blass, schwitzen, Dyspnoe.
Diabetes ist bekannt bei ihm
Fragen:
-wie gehen Sie vor?
Vitalzeichen, EKG und Trop-Test.
-Hat mir EKG gegeben, dann ?
War Linksschenkelblock, wenn ist neu aufgetreten und nicht bekannt bei dem Patientin, dann es deutet auf MI hin.
-Was für MI ist mit LSB, STEMI oder nicht?
STEMI, und hat die Leitungsbahn betroffen.
-Unterschied zwischen STEMI u UNSTEMI?
-Früh Komplikationen von MI?
-Was sind die Herzkranzgefäße? Nur nennen! 5f
5f -Erklären Sie bitte die PTCA, was machen Sie bevor Sie einen Stent reinlegen?
Dilatation mit Ballon.
-Indikationen für Bypass op? Welche Gefäße benutzen wir?
Saphena magna oder lieber A. thoracica interna.
-Typen von Herzschrittmachern? Was implantieren Sie wenn unser Patient als Komplikation von MI eine EF 25% hat?
Das heißt schwergradige HI mit LSB dann implantiere ich CRT.
-Und wenn er Kammerflimmer entwickelt, welchen Herzschrittmacher benutzen Sie? ICD.

56f 4-Aortendissektion 79gamar .my note
1-Selber Patient mit Thoraxschmerzen und diferenziell Puls (Aortendissektion).
2-Kann der Patient dasselbe EKG haben (mit ST Hebungen) und warum?
3- Klassifikation nach Standford und OPs.
4-Ein bisschen Anatomie über Äste der Aorta.
5-Komplikation bei Dissektion Typ A: Aortenklappeninsuffizienz.,
6-DD- Aorten Dissektion (Blutdruck differenz in beide Arm , CT angio),
7-Aortendissektion (Standford Klassifikation, Diagnostisch vorgehen und Behandlungs Möglichkeiten)
8--Aortendissektion: Definition, Klassifikation (A. Subclavia sinistra definiert der Unterschied zwischen Stanford A und B)
9- Klassifikation nach Stanford, wieso Typ A gefährlich ist (Gefahr von Perikard Tamponade oder Koronar- arterien Dissektion ,i. Schlaganfall
10- Aortastenose. Und Pulzdifizit.

5-Aortenaneurysma 81gamar .my note 56f
1-Aneurysma:
Definition, Klassifikation, der Unterschied (man kann auch Aneurysma spurium /falsum/ mit Drucken z. B mit Kompression behandeln (wie bei A. Femoralis Aneurysma nach Koronarangiographie)
2- Fall mit Hypotonie und Bauchschmerzen bei einem 93 jährigen Patienten . EKG gezeigt war VHF mit Tachykardie . Akutes Abdomen bei Mesentrial-infarkt als folge Thrombose bei VHF. Angio ct ....Therapiemöglichkeiten...Aufklärung des Risikos ...op...op Komplikation (nicht so tief).
Dann Sono foto gezeigt mit Aorten Aneurysma dann das CT. (perforiert mit Hämatom)
bisschen über Aorten Aneurysma Therapiemöglichkeiten und OP Indikation
3- Aneurysma Aorta bei junger Mann mit Marfan syndrom (typische Komplikation)

72g 6-Herzvitien (fragen über Aortenklappenersatz, warum macht man das, welche verfahren gibt es.)
58f Herzklappenprothese

67g 7-Synkope 46f
1-Reanimationsmaßnahmen, Defibrillation
2- bewusstlose Pat. ohne Puls und Atmung... wie gehen Sie vor? Reanimation, dann Fragen was macht man danach, welche Untersuchungen,
https://next.amboss.com/de/article/L70wmh#Qy1uUj0
https://next.amboss.com/de/article/kN0mYg#Z1d86a451bb77a26e008e7cb83fd9b92d
3- bewusstlose Pat. aber hat Atmung und Puls, wie gehen Sie vor?
4- Patient fällt in Supermarkt vorgehen ABC Regel CPR dann in Krankenhaus Defibrillation Katecholamin
5- Reanimation: wo wird gedruckt , wie erkennt man das Ende des Sternums ? Processus Xiphoideus
67g 6- Pat. hatte Synkope und hat ihn seine Frau zur Notaufnahme gebracht .. RR war 110/79 und HF 30- 35 / min. Was machen Sie? EKG ... hat mir ein EKG gezeigt war AV- Block 3. Grad (die Behndlung davon (hat gesagt es gibt ein Mittel was wir sofort geben ..er wollte Atropin hören https://next.amboss.com/de/article/Pt0Wd3?q=orciprenalin#Zf3ea6047fb1a13d1fe0650f194f04f02

7-Fall:
Pat. Bewusstlos, was machen Sie, erstmal Schülterschuteln Atemprüfen (wie ?), Köpfüberstrecken, dann Puls..
Wenn puls und Atmung in Ordnung, Stabile Seiten Anlage ..
Wenn schnüpf atmet und kein puls, sofort Reanimation, dann wie macht man das mit Details (wo genau drücken am Sternum, hatte gesagt mittel, wie Tief, Hände usw.. 30:2, wie macht man Beatmung, habe ich gesagt Mund zu Mund, er hatte mir gesagt, es gibt auch Mund zu Nase und ist besser).
8-Fall:
Pat. 40 j. kam mit fragliche Synkope aber das kann unklar. Wurde aufgenommen. sie sin auf Station und müssen sie das abklären. (Die Notfälle wurden schon bei der Aufnahme gemacht LAE, Mi)
LZ EKG(Sinusbrady, AV.Block, Dann sagte ich Tachybrady syndrom(Tach VHF mit brady SR.) hat gefragt ist das VHF sagte ja, aber hat nein gesagt🤦‍♂️. ____??
Echo. Alles war normal
Eventrekorder (Wir implantiern plat in Subklav. Region dann pat geht nach hause und kommet alle 6monaten oder bei erneuter Synkope dann lesen wir das platte ab. Was noch , Exsikkose (Trockene Haut, Erhöhte NW)
Auch nicht was noch Epilepsie wasn machen Sie EEG sehen wir spike auch normal. Was noch habe gesagt endlich cCT sehen Tumor oder Narbe (wollte hören Tumor) und war zufrieden.

9-Fall:
Patient 75 Jahre kommt mit rezidivierendem Sturz was kann sein
Zuerst Anamnese : Patient hat arterielle Hypertonie und nimmt Ramipril, Betablocker und Hydrochlorothiazid
Ich körperlich Untersuchung durchführen und vital Parameter bestimmter
Die Prüferin hat gesagt der RR beim Patient ist 90 systolisch
-Danach habe ich gesagt Patient ist hypoton und sollen wir die Medikamente pausieren
-Prüferin welche Ursachen für rezidivierendem Sturz bei alten Leuten gibt's noch
Ich :Exikkose, Demenz, gang Störung und Parkinson
Es war richtig
-Synkope Ursachen

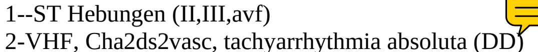
10- was machen Sie bei Reanimation, wie viel gehen Sie Tief bei Drucken ~~(4-~~5 cm)

11-Fall:
- Schwindel typen?, vestibular, nicht vestibular,
-was kennen sie vestibular? BPLS - was ist BPLS (habe ich vergessen ich habe vor paar tage in einen amboss video gehört und plötzlich kam in meinem gedanken), und dann sagte er Benigne und habe ich den rest gesagt: paroxysmale Lagerungsschwindel.
-Was ist das? Ich habe über vestibularissystemfunktion und Bögengänge allgemein ganz grob beschrieben..
-Dann? menière? Klinisch symptomtrias (vergessen).
-Außer HNO schwindel Innere medizinische Schwindel? Hypotension, Anämie.

8- Arterielle Hypertonie 1-20 f 89 g
1-Hypertinseve Krise, Wie misst man genau der Blutdruck? Und wie entstehen die Geräusche bei der Blutdruckmessung?)
2-Nasenblutung bei arterieller Hypertonie (Diagnostik, Komplikation, Therapie)
3-Diagnostik? Wie messen wir RR? Wenn wir RR einmal hoch finden, können wir schon mit Therapie anfangen? NEIN , muss man 3 Mal messen!
muss eine Messung drei Mal täglich an zwei unterschiedlichen Tagen erfolgen und gegebenenfalls durch eine 24-Stunden-Messung ergänzt werden.
4-Ätiologie für Hypertonie
Durchführung von zwei Messungen im Sitzen, mit einem Abstand von 1–2 min amboss
Messung an beiden Armen
5- Therapie
6- sekundäre Hypertonie bei junges Mädchen und akut therapie hypertensiver Krise.
7- Arterielle Hypertonie was ist das ?
8-was sind die Ursache (Prämier und sekundär)? ich habe als sekundär Conn-Syndrom gesagt dann hat die Prüfer mich gefragt
9-was ist Conn Syndrom? (Hyperaldosteronismus).
10-Prüfer was ist noch als Endokrine Ursache? (Phäochromozytom)
11-welche Symptome hat das ?(Episoden vom Tachykardie und arterielle Hypertonie und Kopfschmerzen)
12-wie können wir das diagnostizieren? (Labor=24 Stunden Urin Metanephrin und Normetanephrin, MRA)
13-was sieht man in MRT(das wusste ich nicht aber das war nicht schlimm).
14-Was wissen Sie über Hypertonie-Therapie(ich habe über allgemeine Maßnahmen und ABCD Medikamente fast alles).

9-EKG:

1--ST Hebungen (II,III,avf)



2-VHF, Cha2ds2vasc, tachyarrhythmia absoluta (DD)

42f 3-AV Block,



Ein langzeit Ekg mit AV Block II mobitz typ 2 gezeigt und hat mich nach allen AV Block graden und Therapien gefragt,

4-EKG mit Herzschrittmacher

(warum ist so? (ich wusste nicht)) Das war AV-Block Grad 3, was soll man machen? (Herzschrittmacher)

5-EKG mit ST Hebungen in DII, III und aVF.

-Welche Wand? Was bedeutet STEMI. Behandlung.

-Was muss man machen bevor man ins Krankenhaus fährt? Korolabor bescheid geben.

-Wie lange muss bei Stent Einlage die Antikoagulation laufen und womit?

-Wenn man in dieser Zeit einen elektiven Eingriff machen möchte darf man die AK absetzen? Nein.)

6- EKG mit Hinterwandinfarkt gezeigt: EKG ordentlich beschreiben



7- EKG : was ist die T - Welle , die Erregungsüberleitung beschreiben ab Sinus Knoten

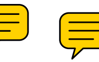
8- Tachykardien und Bradykardien und wie kann mann behandelt und welche ich lebensbedröhlich, Ventrikuläre Tachykardien

9- Er hat eine EKG von Vorhofflimmern gezeigt und zuerst die Diagnose erfragt, und erzählt über eine Patientin mit dieser EKG und abdominelle Schmerzen. Diagnose? Mesentrialinfarkt. EKG: Myokardinfarkt, Inferior, ST Hebung II, III, avf.

10- Venticular Tachkardie, wie gehen Sie vor? (man soll ganze Reanimation erzählen, *Reanimation ist sehr wichtig*)

11- Ein EKG mit AV-Block Mobitz II, Die Frage: Was ist die Diagnose von der EKG, Ein Patient mit dieser EKG war für ein paar Sekunden ohnmächtig. Diagnose? Synkope Therapie? Die andere Ursache von Synkope. Dieser Patient nach 10 Jahren bekommt Dyspnoe. Was ist die Ursache und die Diagnose? Die Ursache ist Herzinsuffizienz. Was ist NYHA Klassifikation.?

12- Dann hat mir ein EKG gegeben (AA bei VHF und HF 90/min, ÜLT, Komplett RSB und LAHB)



sagte er, was sollen wir auf Notaufnahme ihm geben ?

Diuretika Furosemid 40 mg i.v. , und bezüglich VHF (dann der Prüfer hat mir unterbrochen und sagte es ist bei ihm bekannt), Sagte er sollen wir ambulant oder stationär behandeln?

Sagte ich: stationär Fuor 40 mg i.v und ACE Hemmer und BB (nahme und dosierug und max dose), Täg Gewicht bilanzieren , Flüßigkeit max 1,5 liter /tag und ggf DK liegen. Dadurch können wir wissen wie vile hat der Pat urinieren ...und Natürlich eine Herz Echo (Echokardiographie) anfordern

13- dann EKG gezeigt erst interpretieren und es war AV Block 1 Grad

14- St Hebung in || , ||| , avf , was ist das? Welche Arterien sind betroffen?

15- Pat mit MI, EKG und was macht man in der Notaufnahme, akute Komplikationen, und was macht man auf Station, und was soll der Patient für Medikamente zuhause nehmen und was soll er noch tun damit es nicht zu Rezidiv kommt.

16- EKG (HWI - Becshreibung und Behandlung)

17-Bradyarrhythmia absoluta bei VHF mit HF 36/min. Was machen Sie (Hier habe ich direkt HSM-Implantation gesagt) dann hat er gesagt nicht so schnell

Dann habe ich nach Vormedikation gefragt (Beta-Blocker) dann habe ich gesagt, ok zu erst Betablocker pausieren, Monitoring und ggf. wenn symptomatisch behandeln.

Warum geben wir Betablocker bei VHF (um TAA vorzubeugen).

Ist TAA sclimm (Ja arrhythmogene Herzinsuffizienz-Gefar)

18- EKG: uberdrehte links+LAHB+RSB, EKG mit Inferiorwand Infarkt

100-200

19- EKG mit Ventrikuläre Tachykardie das war rechtig stressig für weil ich arbeite in der Chirurgie, ich habe über Reanimation gesprochen und war nicht so gut und ich habe Atropin gesagt und das war ein großer FEHLER.

20- EKG, diese war Kammer Tachykardie.

Fragen:

-Wie behandeln Sie.

-Wie führen Sie Reanimation durch,

-welche Medikamente, welche Rythmen sind defibrillierbar.

-Welches Medikament geben Sie bei Asystolie. Wie wirkt Adrinalin und warum wird bei Schock gegeben.



21- EKG - typische LAE-Zeichen, ich sollte laut EkG beurteilen(standard) war supraventrikuläre Tachykardie mit Rechtsschebkelblock, s1q3. Therapie

22- Ischämische Kolitis wegen VHF (EKG wurde gezeigt)

23- Dann zeigt er mich ein Schrittmacher-EKG und fragte, wo liegt die Elektrode?

24- EKG von einem Pat., der morgen Dialyse bekommt (hohe Spitze T Welle, arrhythmogen, Komp. RSB was kann die Ursache sein?) Hyperkaliämie.

25- EKG AV Block 2 Grades **Mobitz-Typ II**
-Patient kommt zu mir nochmal mit Sensibilität Störungen in beiden Beinen
Was kann sei ? A: Polyneuropathie
-Prüferin : was soll man bei diesem Patient im Blut bestimmen ? A: BZ und HbA1c
26- EKG gezeigt Beschreiben war SVT Behandlung? Valsalva versuch, Karotismassage, Medikamente, welche? Verapamil, as ist alt, was noch? Adenosin, Dosis? 5 mg i.v schnell, naja 3mg. Immer noch SVT was machen Sie? Zweite Dosis Adenosin, richtig. AV-Knoten-Reentrytachykardie `?
Fragen an Kollegen, Schweigerpflicht? Wie funktioniert Röntgen? Was ist Laktat, N mwerte, wie entsteht?

27-Fall:
Patient ist nach einer Synkope in die Klinik gebracht und hat mir ein EKG gezeigt es war
EKG mit AV-II Grades nach mobitz oder III Grades das war nicht klar .
-Wie kannst du es bestätigen?

-Langstreifen EKG ? 81 V
-Therapie? SM welche dann fragen über SM Typen und Indikationen.
-Kann es sein das diese EKG Veränderung reversibel sind ? Ja dann wann? Bei E-Lyte Störungen
-Welche Medikation macht Hyperkaliämie? Spironolacton.

28-Ein Patient ist 38j und Kommt mit diesem EKG zu Ihnen, er hat Infektion und neurologische Auffälligkeiten was kann es sein? Die Antwort ist lyme Borreliose.

29-Fall:
Er hat mir EKG gezeigt, war SVT, DD Vorhofflimmern/Flattern.
- was machen sie falls SVT, habe ich gesagt (Valsalva Manöver dann Adenosin geben) er sagte richtig
-was macht Adenosin (Wirkungsmechanismus).
-Falls VHF oder Flimmern was machen, b- Blocker, TEE und CV .
-wann macht man CV (für alle Patientin die eine erste Diagnose VHF haben egal ob Sie 1000 Jahre sind), ich hab gesagt dass wir nicht für 80 j Patient CV machen. Er sagte Falsch. Wenn neu ist dann für alle. Wenn alt dann ok.
-Was mache ich bei VTs und kammerflimmern. Ich sagte Amiodaron und Defi. Er wollte andere Medikamente als Amiodaron Hören. z.b Flecainid, aber ich sagte Flecainid muss man KHK ausschließen zuerst dann ja. Er sagte falsch. Darf er KHK haben aber kein Herzinfarkt letzte 6 Wochen oder Monaten(ich habe vergessen).

30- STEMI, Hinterwandinfarkt.
Behandlung? Medikamente? PTCA?



31-VT.
-Behandlung. -VHF Behandlung. -Amiodaron NW? -Was ist Thyrotoxische Krise? Behandlung? ALARA? Abstand-Quadrant-Regel? Dann ein Foto mit nekrotische Ulkus V.? Behandlung? Staging?

32-EKG mit inferior-lateraler ST Hebung Infarkt.

33- EKG gegeben und meinte ob der Pat. operiert werden könnte? Ich habe das EKG so gut wie möglich beschrieben. Er meinte ich sollte keine Mikrodiagnose machen und einfach sagen Ja oder Nein. Es war aber ein normales EKG.

34-EKG mit Bradykardie gegeben, was siehst du? AV Block Typ III
-was ist die Behandlung?



35- EKG mit HSM, wo genau ist den HSM Vorhof oder Ventrikel? Das war in Ventrikel.

36- EKG mit Vor+inferiorwand Infarkt und AV Block 1 Grad?
-wie gehen Sie weiter, warum und wann B-blocker. Es wurde über Antikoagulation gefragt aber sehr oberflächlich.

37- Dann EKG mit AVB 3
Was machen Sie? HSM
Wie viel Kammer? 2 Kammer DDD.
wann einkammer ? Wir haben AAI und VVI . AAI müssen wir sicher sein dass AV Überleitung intkt ist und nur bei SA.knoten Pause, heutzutage nicht mehr. Aber VVI für VHF. Gut. Ich habe einbischen hier absichtlich detaliert geantwortet.

38-Fall:
60 jähriger Patiet ohne Vorerkrankungen klagt über leichte drückende Thoraxschmerzen rechts ohne andere Beschwerden was machen Sie? EKG und Labor, und er hat mir EKG gegeben,
-wie interpretieren Sie? Sinusrhythmus, Steiltyp, ST Hebung 2,3 AVF, mit Spiegel auf V1 v2, -Diagnose? MI Hinterwand
-was machen Sie? Morphin als Schmerzmittel, Ass und prasugrel, Antigoagulation mit NMH, O2 bei erniediger O2 Sättigung, und Anbindung mit einem Zentrum für Rekanalisierung, Moniterung, -MI Komplikationen

39-EKG (nur Abl. 2) mit eine TV?
Was machen sie? EKG 12 Kanälen
Was sehen Sie jetzt? Eine RSB mit AV-Knoten-Reentrytachykardie. Was machen Sie? KARDIOVERSION. Ursachen? LAE, KHK.
Nach Kardioversion haben Sie das in EKG (STEMI Abl II, III, AVF), dann ein bißchen über Herzinfarkt.

40- EKG das war VT (ganz klar)
was machen Sie? Der Prüfer wollte Deffibrilbar Rhythmus hören.dann

41- EKG gezeigt, was sehen Sie? ST-Hebung in Ableitungen II, III, aVF, das spricht für einen inferior Myokardinfarkt.
-Was machen Sie in diesem Fall? Soll der Patient ASS, Heparin i.v. Sowie Schmerzmittel bekommen.
-Was für Schmerzmittel? Morphin. Und dann soll auf der Intensivstation verlegt ggf. Herzkatheter.
-Was wird bei Herzkatheter gemacht? Balloondilatation und Stent-Anlage.
-was kann als Komplikationen passieren? Herzrhythmusstörungen. Welche? Kammerflimmern, VHF, SVT, Bradykardie, AV Block
-Was passiert bei AV Block III? Was sind die andere AV block? Wie kann mann unterscheiden? Hier habe ich alles erzählt ganz einfach.
-Andere Komplikationen? Herzinsuffizienz. Was sind die Zeichen einer kardialen Herzinsuffizienz? Lungenstauung, Beinödeme, Belastungsminderung.

42- EKG für einen 21. järigen Pat. gezeigt.
Es war AVnRT und dann nach dem Vorgehen gefragt .
Fragen:
Wie geben wir Adenosin ? Warum ? Wirkung ? und was passiert beim Pat. direkt nach der Gabe ?



43- Er hat mir 3 EKG gegeben.
N°1: Normal EKG. Dann was ist P, QRS und T.
N° 2: AV Block Mobitz II.
N° 3: VHF. Was für Risiko hat der Patient jetzt? Vorhof Thrombose. Wie können Sie das Risiko einschätzen? CHA2DS2VASc-Score ausführlich erklärt.
-Ab welche Score fangen wir mit Antikoagulation? Es ist unterschiedlich zwischen Männer und Frauen, aber ab 2 können wir schon anfangen (er war zufrieden).
-was sind C2 Komplikationen? Polyneuropathie. Zentral? Wernicke Enzephalopathie.
-Was für Krebs Krankheiten kann C2 verursachen? Pankreaskarzinom, und Ösophaguskarzinom (er wollte das hören)

44- EKG (haben alle in 2.Runde EKG bekommen) meins war STEMI andere SM EKG, und VHF.
-Wo fange ich an? P Welle, dann HF, PQ Zeit normale PQ Zeit wie viel. 200msek. Wozu braucht man. AV Block zu erkennen. QRS (LSB, RSB),
-dann diagnose Hinterwand Infarkt welche gefäß.
-Nach PCI welche medikamente. Duale Antikoagulation. Wass noch. ACE Hemmer Beispiel mit Dosis. Dann bin angerufen von Chirurgische Abteilung. Post Op. AZ Verschlechterung bis auf Hypotonie unauffällig was ist das? Postop. Blutung. Klinische Untersuchung, Hb Bestimmen, EK bestellen.

45- EKG mit Vorhofflimmern, wie liest man EKG systematisch?
-Name, Datum, Uhrzeit, Indikation, Lage, Frequenz, Sinus oder nicht usw.
-Vorhofflimmern beschreiben
-Herzleitungssystem beschreiben.
-60 j Mann hat Vorhofflimmern und starke Bauchschmerzen? Mesenteric Infarkt, welche klink Stadien?



46- EKG mit MI Hinterwand , welch Arterien, RCX richtig wie gehen Sie vor MI Therapie und PTCA .

47-Zeichen der Rechtsherzbelastung im EKG, Diagnostik und Therapie der LAE.



48- EKG
vorderwand MI , akut oder alt? warum akut? Behandlung ?. Dann Röntgen: pneumothorax , was Spannungpnemothorax ? Behandlung?.

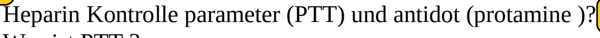
49- Reich mit ein EKG
-Beschreiben sie bitte, es sieht sehr komisch aus : (es war ein HSM-EKG) ich fange an mit man sieht keine p, die QRS sin aber regelmäßig, man sieht hier diesen steilen Potential was für ein HSM spricht.
-Was bedeutet die P? Vorhofdespolarisation
-QRS? Ventrikeldespolarisation
-Und T? Repolarisation
-Ok, wo ist hier der HSM Elektrod? Im Ventrikel weil hier keine P zu sehen ist, direkt HSMPotential und dann QRS
-Gut, welcher Ventrikel? Links sagte ich.



-Falsch, welchen benutzt man normalerweise? Da hab ich gezögert dann fragte sie wie man ein HSM implantiert. Ich sagte man kann es operativ machen.
- wenn man schon in einer Op ist kann man, aber normalerweise? Intrararteriell durch die Art Radialis.
- wo kommt man dann leichter heran? Rechtsherz
-Was passiert mit Fremdkörper und Blut? Thrombosen / Embolien
- wenn das im linken Ventrikel passiert? Kann zu Schlaganfall führen Deshalb wird HSM im rechten Ventrikel implantiert

50- EKG.
-Was sehen sie da? Vorhofflimmern, man sieht keine P, QRS sin unregelmäßig
-Welcher Name hat auch VHF? Ich sagte da Tacharrythmia absoluta wenn HF hoch ist, brady wenn niedrig und normofrequent wen HF im physiologischen Bereich. Sie wollte aber nur Arrhythmia absoluta hören, war aber zufrieden.

51- EKG
Sinus tachykardie und SVT
Und VF
Wie behandelt man SVT ?
Was sind die Ursachen einer Sinus tachykardie ?

Lungen Embolie
Diagnose und Behandlung ?
Während der Behandlung hat der Patient Blutung was machen Sie ?
Heparin Kontrolle parameter (PTT) und antidot (protamine)?

Was ist PTT ?
Einpaar fragen nach Hämostase nicht so tief ?

6-VHF 37-f
-Therapie? Patient mit VHF kommt zum Hausarzt und fragt wegen seinen Medikamenten. Man sollte den Patienten die Therapie erklären.
-Wie behandelt man akut? Kardioversion.
-Was muss man immer davor machen und warum? TEE.
-Wo wird der Thrombus gebildet und in welchem Vorhof? Komplikationen?)
-Eine Patientin klagt über Palpitationen, aber im Moment nicht, was machen sie?
-Langzeitiges EKG:
-Welche DDx, welcher VHF-Typ kann das sein? VHF (Ätiologie, Therapie)
-CHA2DS2-VASc Score
- Schwergrad nach Ejektion Fraktion und Therapie
- wann Antikoagulationen?
-VHF: Therapie, Pathophysiologie
-VHF Ursache
7-Supraventrikuläre HRST, VHF
45f 8-WPW: Definition, Ätiologie, Behandlung (VHF kann Klammerflimmern verursachen)
9- EKG mit VT
10-Ekg 2, 3 , AVF ST Hebung - Spot Diagnose
Was machen? O2 Sättigung ,ass, Heparin, re Messung, ggf Schmerzmittel was? Morphin 5 mg, ptca Schnell was macht Kardiologe? Gefäße gucken, erweitern, Stent
Nach ptca ass welche Medikamente noch? Clopidogrel, was ist Clopidogrel? Kann Derbpatient Pantoprazol mit Clopidogrel gleichzeitig nehmen? Interaktion?
Propofol? Was achten wir? Herz puls RR. was noch ? welche Farbe ? weis, warum ? Lipid

Blutdruckabfall

11- EKG vom 80 jährigen Patienten : TAA, was machen Sie?
12- VHF bei einem 50 jähriger Man in NA mit HF 180 bpm. Was mache ich ? (Frequenz Kontrolle, Antikoagulation und bei ausbleibende SR TEE-geführte Elektrokardioversion)

13- Kommt ein junge Mann , mit 170 bpm , Schmal Komplex Tachykardie . was könnte das sein? AV Reentry Tachykardie.
Th : Adenosin

14-80 jährige Patientin ,nimmt Antikoagulation und hat Bauch schmerzen , Mesenterial Infarkt beim bestehenden Vorhofflimmern , alle mögliche Fragen , Chirurgische Indikation , warum Lactat erhöht ? Was passiert mit Kalium Ionen ? Welche Organ wird zuerst nach dem Darmischämie beschädigt und Warum? ?????????????????????????

15- junger Patient mit Palpiatationen seit zwei Tagen was würden Sie machen ... habe ich EKG gekriegt Vorhofflimmern ein paar Fragen über EKG (wie EKG interpretieren)

Wie ein Vorhofflimern behandeln . Welche Medikamente .

16-Fall: ein Patient mit Luftnot kam Nacht in die Notaufnahme , was machen wir ? Er mochte zuerst die Anamnese hören , was soll ich den Patient danach fragen , die wichtigste Frage soll sein, ob die Luftnot plötzlich oder zunehmender auftreten sind.
Dann der Prüfer hat mir ein EKG mit Myokardinfarkt gezeigt: mit ST Hebung und komplett RSB , wie kann man die EKG beschreiben, p Welle was bedeutet? Vorhof Depolarisation ,was ist die Behandlung von MI , was ist die häufigste Komplikation von MI ? Kammerflimmeren , wie kann man damit machen? Defi , 200 Joule, Amiodaron, und die Dosis von Amiodaron.

17- Junger Pat mit neu aufgetreten VHF, EKG und Vorgehen.
18- EKG mit VHF wie gehen sie vor welche Labor werte sind wichtig, du bist als Haus Arzt ED VHF machen wir sofort cardioversion ? Nein sollen wir erst Thrombose ausschließen durch TEE , also was machen wir ? überweisen , Therapie VHF. Welche Labor werte wichtig für Schilddrüsen Karzinom ? Calcitonin

19- Fall: ein EKG im ihr Handy gezeigt, war ein VHF , ok was machen sie jetzt , dass ist Neue aufgetretene VHf ,wie kann man Antikuaguliert, mit welche Heparin NMH oder UfH , wie viel , welche NOAK kennen Sie ,welche hat Antidot .wie heißt Antidot? Bei EK Transfusion was mussen wir machen? Wenn pat hat Juckreiz oder allergie was machen sie? Nach Behandlung von allergie ,sollen wir EK wieder geben? Was sollen wir machen?

Beide?

20- EKG mit VHF gezeigt. Ich musste es nur beschreiben. Dann ein HSM-EKG. Warum sind die QRS-Komplexe verbreitert? Das HSM stimuliert in der Kammer. Wo sind die Elektroden ein HSM? es gibt Einkammer, Zweikammer und Dreikammerschrittmacher. Ok, was ist die physiologische Herzerregung? Ich habe es erzählt.

21-VHF, wo entseht die embolie(Herzohr), und was sind die betroffene Organe.
22- Komplikationen, Wo ensteht Lungenembolie, ich habe gesagt untere Extremitäten dann ef wollte wissen die Gefäße von untere Extremitäten bis zur Lunge.
23- Klassifikation. Was sieht man in ECG. 70 jährige in Notaufnahme mit VHF, mit HF von 170. Was mAche ich weiter. Amiodaron Nebenwirkungen .

24- EKG von VHF. Ich erzählen über VHF.
-Was passiert? Hektische Erregung Aktion... HZW virmindert.
-Dann fragte er: HZW musste unbedingt reduziert werden? Nein nicht unbedingt.
-Wann reduziert werden dann? Bei vorbestehende HI.
-Was passiert dann? HZW vermindert und Minderperfundiert das Herz.

25- EKG mit VHF und AV Block 1. Grad
-wie gehen Sie weiter? Pat. Aufnehmen und LZ EKG ja wie behandeln
-hat direkt nach Antikoagulation?
-Marcumar und DOAK und Ihre Funktion Extrensic und Intrensic Gerinnung.

26-VHF mit Schrittmacher
-sollte ich zeigen wo der Schrittmacher im Herz ist

27- Patientin hat Vorhoflimmern, nimmt Marcumar an und hat ein Quick Wert von 25%, was machen sie er soll operiert werden? Zielbereich des Quick-Werts in der Regel zwischen 30% und 40%. Dies entspricht einem INR-Wert (International Normalized Ratio) von etwa 2,0 bis 3,0.
PPSB geben, warum nicht vit K? Die braucht mehr Zeit zu wirken.

28-Fall:
-Definition
-die Erregungsleitungssystem des Herzens
-welche Art von VHF gibt es?
-Welche Art hätte jemand mit einem gesunden Herz? Tachykard.
-Warum?
-warum manche haben Bradykardes VHF?



-Komplikationen VHF?
-Therapie: Antikoagulation,
-Frequenzkontrolle womit?
-Und was bedeutet Rhythmuskontrolle? s Vorhofflimmern in den Sinusrhythmus zu konvertieren und in der Folge den Sinusrhythmus zu erhalten.
-Wie machen sie das?
-Was muss man früher machen?
Der Patient lehnt eine TEE ab, was machen sie um zu sichern das es keine Thromben gibt?
-Antikoagulation weiter. Wie lange?;

29-Fall:
Pat. kommt zu Ihnen mit Herzrasen und Unregelmäßigem Puls, was denken Sie?
-DD? habe ich erzählt. V.a Vorhofflimmern ...also EKG.
-Was sollen Sie Pat. empfehlen?
Ich habe angefangen. Mit VHF typen und was müssen wir bei jeder machen, sagte mir sehr gut das reicht.

30- EKG mit VHF
welche Antikoagulans
wann geben wir Antikoagulans?
Was für Antikoagulans gibt es?
Die Name? Was ist die Konsequenzen?
Wo ist die häufigste Stelle für Thrombose? Ich LAA. Prüfer Richtig aber auf deutsch links Vorhofohr.

Zu beachten ist, dass sich etwa 90% der Vorhofthromben im Vorhofohr bilden. Etwa 10% der Fälle einer Thrombusbildung im restlichen Vorhof bleiben durch den Vorhofohrverschluss unberührt.

31- EKG, Für mich war ein VHF.
-Wie demaskiert man ein VHflimmern bei eine SVT? Adenosin.
-Was die Schlimmste Nebenwirkung? Asystolie

Bradykardie (langsame Herzfrequenz) und Asystolie (Herzstillstand):
Wegen der negativ dromotropen Wirkung kann eine kurzzeitige Asystolie auftrete
Flush-Symptomatik (starkes Erröten) wegen der peripher gefäßerweiternden Wirkung.
Asthma

32- VHF EKG
Fragen:

ايهرا--ايهرا   EHRA EHRA EHRA

-was ist das häufigste Herzrhythmusstörungen Deutschlands? VHF
-Okay was ist die Klassifikation ? Was ist IHRA ? European Heart Rhythm Association
- was ist die Definition von Paroxysmal , latent und chronisch VHF? *
-Therapie (Frequenz, Rythmus Kontrolle , Thromboprophelaxe)
-was ist das wichtigste ?
CHADS score ? 1 Score = 1 bei Männern bzw. Score = 2 bei Frauen: Antikoagulation nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung
-geben wir Antikoagulation ? Dauertherapie
-Welche ?

Arrhythmie:

1- Was könnte auch bei absolute Arrhythmien passieren (Thromben im Vorhofohr)
Was könnte das verursachen (Akute pAVK, Schlaganfall, Mesentrialichämie)
Behandlung (NOAK nach CHA2DS-VASc-Score sowie HAS-BLED-Score)
2- Fragen über antiarrhythmika.
3-Was für metoden gibt es für Rhythmuskontrolle.

10-was ist Troponin? Definition.
Proteine des kontraktilen Apparates der Skelett- und Herzmuskulatur. Der sog. Troponinkomplex besteht aus den Untereinheiten I, T und C.
Die kardialen Troponine unterscheiden sich von denen des Skelettmuskels.

76g 11-Perikardtamponde
(Perikardpunktion mit und ohne Ultraschall)

95g 12-PAVK
1-Klassifikation nach Fontanie und Ratschow.
2-6Ps, pAVK-Zeichen, Mesothrombose „Mesenterialthrombose“ oder „Mesothrombose
3-Pat kommt mit schmerzen im re Bein, es ist blass, und fühlt sich an, was hat er?
4-A: pAVK.
5-was machen Sie? Doppler, dann interventionelle Revaskularisation oder Thrombendarteriektomie.
6-gleiche Pat kommt wieder nach einigen Tagen, hat schmerzen jetzt im Wade A: Reperfusion-Syndrom -> kompartment syndrom -> Notfall OP)
7-Akute arterielle Verschluss der Extrimität, Symptome, Behandlung
8- Blutversorgung und Innervation der unteren Extremität. Zu welchen Rückenmarksegmenten gehören die Nerven
9- Die Klassifikation nach Rutherford 98 g einohach
10- Dann Patient operiert wegen pAVK und 4 Stunden später sehr starke Schmerzen was kann sein (Duplex unauffällig)=> Reperfusionsyndrom das durch Schwellung zu kompartimentsyd führen kann. Wie behandeln
11- Pat 66 Jahre alt klagte seit 2 Tagen über : Müdigkeit , Dyspnoe , Tachypnoe , Atem abhängige Thorax schmerzen , die Symptome sind mit Fieber (38) und Schüttelfrost begleitet , Vegetativ : Appetitlosigkeit , Übelkeit und Schlafstörung wegen der Beschwerden , keine VE , keine Med.
12- pAVK, Klassifikation nach Fontaine, Gangrän als Komplikation.

13- alles über Stufen und Fountain klas. Therapie des akute arterielle Verschluss 6p , dann wurde nach subklavia steal syndrom gefragt, die pathophysiology , Anatomie (Aortenbogen und ihre Äste)

14- Anamnese und körperliche Untersuchung innerhalb 30Minuten, dann im Prüfungsraum gegangen. Patientenvorstellung und DD welche klinische Zeichen sehen sie in TVT? Was würden sie in PNP sehen? Ist das ein oder bds? Motorisch oder sensorisch? Was machen sie als Diagnostik? Was ist Knöchel-Arm Index? Wie ist die Abkürzung auf Englisch? Welche bildgebende Verfahren? Duplexsono und DSA ggf falls OP Angiographie vor OP. Was müssen sie bei Angiographie beachten? Der Patient nimmt Metformin, dann Metformin Pause wegen KM. Wie gehen sie therapeutisch vor? ASS ggf Clopidogrel. Ja, was noch? Prostaglandin. Ja wie gibt mann PG? Tablette(er hat auch i.v. gesagt). Was machen sie um zu sehen ober DM gut eingestellt ist. Falls HbA1c pathologisch was machen sie?

Doppler-Verschlussdruckmessung
ankle-brachial-index“ (ABI))



15- pAVK, DD, Fontaine Klassifikation, ABI-Index, Ratschow-Lagerungsprobe, FKDS, Therapie Konservative nach Fontaine-Stadien und auch Interventionelle Verfahren.

16-Fall:
Der Pat. sei spazierengegangen und nach ein paar Km habe er stechende Schmerzen an seinem linken Fuß gespürt. Ausstrahlung in die Wade. Verbesserung beim Stehenbleiben. Parästhesien am Fuß. An Vorerkrankungen seien DM und arterielle Hypertonie bekannt. Medikation: Ramipril mg, Metformin. Allergie gegen Aspirin, Diclofenac.
Körperliche Untersuchung: RR 156/90mmHg, Parästhesien am Fuß. Ratschow-Lagerungsprobe negativ.
Fragen:
- Diagnostik und die medikamentöse Therapie der pAVK.
-Warum ist ABI falsch bei Diabetes?
-Normale Werte von ABI.

17-Patient mit Durchblutungsstörung in Beinen, Was kann das sein? A: pavk
-Danach fragen nach PAVK Klassifikation

18-Fall:
ein 68 jähriger man stellte sich wegen seit 2 Tagen progredienter, starker linksseitiger füßschmerzen mit ausstrahlung in der linken Wade. die schmerzen tretten nach 200m auf und werden durch pause und stehen bleiben vermindert. begleitet von kribbeln, taubheits- und kältegefühl. sei Raucher, 40 pJ, leidet an aHTN und DM und nimmt Bisoprolol, Hygroton, Ramipril und Metformin.
in der KU waren a.dorsalis pedis, und tibialis posterior nicht tastbar. ratschow lagerungsprobe war pathologisch. füßheberschwäche des linken Füßes, deswegen musste ich passive bewegungen in sprunggelenk führen.
BP:120/80, Herz und Lunge ohne pathologische befunde. Adipös.
Fragen:
-Verdachts Diagnose,
-alle typische Frage in PAVK und wie andere DD ausgeschlossen werden können.
-einige Fragen über AAVK
-Claudicatio spinalis
-warum habe ich passive Bewegungen im Sprunggelenk geführt habe
-was war die Befunde bei Ratschowlagerungsprobe?
-Ursache einer fußheberschwäche
-wie schätze ich die Blutdrückeinstellung bei meinem Pat.? 

19-Fall:
62-jährige Patientin hat sich vorgestellt, da sie seit 2 Tagen unter anhaltenden, stechenden Schmerzen im Bereich des Unterschenkels links leide. Die Symptomatik sei plötzlich beim Spazieren aufgetreten. Kein Trauma. Ihr sei aufgefallen, dass das li. Bein etwa blass sei. Die Schmerzintensität sei gleich geblieben und die Symptomatik sei ganz neu. Außerdem hat sie Kribbeln im ganzen Bein li. geäußert. Sonst keine Begleitsymptome. VE: Arterielle Hypertonie, DM Typ 2, Hypercholesterinämie. Vormedis besteht aus Ramipril 5mg*/d, Metformin 500mg*3/d , Simvastatin 20mg*/d. OP: Z.n Appendektomie, Knie TEP li vor Jahren.
Ex-Raucherin, Alkohol gelegentlich.
Ich war mit dem Anamnesegespräch schnell durch , somit für die körperliche Untersuchung viel Zeit geblieben , sodass der Neurologe tief über neurologische Untersuchung , klein bisschen über Anatomie (Muskeln und Sehnen) , komplett Abdomen Untersuchung gefragt hat.
Verdachtsdiagnose: pAVK . Da die Pat über Parästhesien geklagt hat , noch DD musste sagen . Bandscheibenvorfall.
Fragen:
367ß444 Alles über Bandscheibenvorfall.
-Ich habe L4-L5 Syndrom gesagt
-Wie kann man klinisch die Syndrome unterscheiden
-Was sind die Komplikationen
-Was ist Allarmsymtom?
-Wann ist OP-Indikation.
-Ein Video wurde gezeigt, in dem Pat. plötzlich Ataxie gekriegt hatte. 
-Über möglichen Ursachen gefragt. Man muss dann seine Antwort begründen können.

20-Was haben sie bei der Untersuchung gemacht
-was konnten sie dadurch feststellen.
-Welche Klassifikation gibt es und welche Grad liegt beim Pt vor.
-Warum haben sie bei der Untersuchung die Gefäß auskultiert(wegen Stenose) ????????????
Hat der Patinet pavk wegen der bekannten Diabetes oder weil er 50 Jahre lang geraucht hat und warum? Rauchen macht makroangiopatische Veränderungen.
-Therapie der pavk bei jedem Stadium.
-Woran kann der Patient sterben (an die Komplikationen einer arteriosklerose, Myokardinfarkt und Schlaganfall).

21-Fall:

Frau Metzner, 50J, sie hatte Beinschmerzen links (Unterschenkel), vor 2 Tagen beim Spazieren plötzlich aufgetreten. Ihr Bein war kalt, blass, und sie hatte Parästhesien im Unterschenkel. Die Schmerzen waren dauerhaft, auch in Ruhe. Vegetative Anamnese: sie hat alles verneint. VE: DM Typ 1 (Insulinpumpe), Arterielle Hypertonie (Ramipril) und Hypothyreose (Levothyroxin). Bei der KU sollte man der Mund nicht untersuchen. Alles anderes habe ich so gut wie möglich untersucht (inklusiv Ratschow Lagerungsprobe, Pulse überall). ABI habe ich versucht aber die Manschette war zu klein für das Bein. Der Prüfer hat mir die Auffälligkeiten bei der KU gesagt (keine Pulse ab die Leiste links, linkes Bein kalt und blass, sonst war alles unauffällig). Ich habe gesagt ich wäre dann fertig, aber ich hatte noch Zeit... Er hat dann gesagt ich habe etwas vergessen: Nieren KS. Ich habe es untersucht. Dann sollte ich die Patientin erklären was sie hatte und was würde ich als nächstes machen.
Fragen:
-ABI, warum könnte ABI >1,3 sein? (DM-Mediasklerose)
-Klassifikation
-Therapie (neu für mich war die Frage wegen Diagnose

-was kann man außer Sono und DSA bei Pat. mit Niereninsuffizienz tun? CO_2 Angiographie
- außer Thrombektomie und Bypass was gibt es für Arteriosklerose?
-Bei KM Gabe was muss man merken? Nieren und SD.
-warum?
akuten peripheren arteriellen Verschluss
-Therapie und Komplikationen
-Tourniquet Sx und Kompartment Sx, was kann man als Prophylaxe tun? Fasciotomie.

22- akute Arterielle Verschluss
-Ursachen der akute Arterielle Verschluss
-Therapie und Kontrolle der Verschluss
-was machen Sie: Meistens passiert wegen Arrhythmien (VHF) und geben wir Antikoagulanzien
-dann fragen darüber und ein Paar Fragen über NOAK.
-Kann akute arterielle Verschluss durch TVT ausgelöst werden: ja durch paradoxe Embolie.
das Übertreten eines Embolus vom venösen in das arterielle System des Körperkreislaufs durch einen Defekt im Bereich der Herzsepten.

23-Fall:
Mein Pat: Herr Maurer, 65J. Vor 2 Tagen während ein Spaziergang, nach ungf 2km laufen akut aufgetretende Schmerzen im linken Fuß, von stechenden Charakter, ausstrahlend bis in die Wade, Intensität 5-7 begleitet von Kribbelparästhesien und Hypasthesie. Die Schmerzen waren schlimmer beim auftreten oder beim hochlagern. Er berichtete auch die Beschwerden wurden danach nicht komplett weggehen und würden nach dem Laufen einer strecken wieder anfangen (dummerweise hab ich vergessen zu fragen wie viel Meter, war aber kein Problem).
Luftnot, Odem, Hautfarbeänderungen verneint.
Vorerkrankungen: Art Hypertonie, DM2, Zn MandelOp mit 18 J. Allergie gegen Pfirsisch
Pfirsich
Pfirsich
خوخ
Medis: ramipril 5mg, bisoprolol, metformin, hygroton
Nikoton: raucher seit den 18 bis 65 LJ, 20 Zig/tag
Alkohol; Sozialkonsum, gelegentlich am Wochenende 1 Glas Wein
Familienanamnese: mutter mit bekannter Diabetes, vater hätte ein Schlaganfall erlitten, und in Folge dann Demenz.
Fragen:
-welche meine Verdachtsdiagnose war. "pAVK, als DD konnte eine TVT sein, ist aber atypisch" prufer sagt gut, genau, tvt wäre atypische presentation ist aber gut das auch im Hinterkopf zu haben. Ich hab dann mit Vitalparameter angefangen. BD gemessen (1 Seite machen und dann mindestens sagen das die Gegenseite auch gemessen sein muss und ob man das jetzt umbedingt machen muss, hier sagte Prüfer nicht nötig).
-Womit danach wenn man schon am BD ist? Am Unterschenkel messen für ABI Index.
-Zeigen sie wie? Dann wichtig erst mal Pulse tasten (tibialis post und dorsalis pedis). Wenn kein Puls tastbar ist kann kein BD gemessen sein!!! Das war die nächste Frage des Prüfera.
-Wollte das ich zeigte wo man die Pulse tastet. Bei diesen Pat war es bds nicht tastbar (Prüfer hat auch gesucht und nicht gefunden).
- wollte er das ich die weitere Pulse zeige (poplitea, femoralis) (immer beidseits tasten, eins hintereinander).
-An der Femoralis was können sie auch machen? Auskultiren wollter er hören. Warum? Hinweis auf stenosen. Gut.
-Zeigen sie jetzt die Auskultationspunkte des Herz und welche Klappen man wo hört? (nur das wollte er, nichts zusätzliches).
- er wollte noch das ich zeige wie man Leber tastet und Lunge auskultiert.
Fragen:
-Welche ist Arbeitshypothese? pAVK / Claudicatio intermitens (das wollte er hören)
-warum passiet? ein verengtes Gefäß/stenose der sich wahrscheinlich dekompensiert hat
-was ist wichtig zu wissen? Von Strecke? da hat er mir aufmerksam gemacht das ich nicht gefragt habe nach wie viel Meter die Schmerzen sicht intensivierten nach den initialen Schmerz nach 2km,ich bin einfach damit geblieben. Ich hab es gesagt, hat aber wie gesagt kein Stress damit gemacht.
-Warum ist diese Strecke wichtig? zur klassifikation
-wenn der pat mehr al 200 Meter laufen kann ist welcher typ? da hab ich mich initial vertan und 1A gesagt und da wollte er die gesamte Klassifikation hören. Habe mich dan korrigiert und erzählt stadium 1 beschwerdefrei, 2A Schmerzen bei mehr als 200m,2B bei weniger als 200m, 3 ruheschmerz, 4 trophische Veränderung (hier wollte er Gangrän auch hören aber kein Problem gemacht)
-Welche Risikofaktoren hat Pat? DM, Art hypertonie, Nikotinabusus (da wollte eer dass ich Packet/Jahr Index ein bisschen erkläre), wenig körperliche Tätigkeit (Büroarbeit).

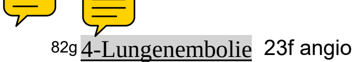
-Was noch? da wollte er Familienanamnese auch hören, der Schlaganfall beim Vater sei auch ein wiechtiger Faktor (also solche Kleinigkeiten nciht vergessen haha)
-Wie würden sie jetzt diagnostisch vorgehen? Ultraschall/Duplex um eine Stenose zu bestätigen, Atherosklerose zu sehen, Flusscharakteristika, Wanddicke ober ob es Verschlüsse gibt (lange Antwort um Zeit zu geweinnen)
-Therapeutisch wie könnte mann vorgehen? Je nach Grad des Befundes Sekundärprophylaxe ASS + Simva, wenn es aber zB eine hochgradige Stenose ist könnte mann ggf ASS + Clopi machen.
Je nach Befund kommt auch entweder eine Intervention oder Op in Frage.
-Dann wollte er wissen welche Möglichkeiten es gibt bei jede? Int: Thrombektomie, Ballondilatation Op: thrombendarterektomie oder Bypass.

-Bei diesen Pat welche nicht medikamentöse Möglichkeiten gibt es? Lifestyle Changes:Nikotinverzicht, Gewichtabnehmen, Sport (Welche Art? Ausdauersport wollte er spezifisch hören), Alkoholreduktion (spielt nich ne große Rolle bei pAVK aber ist auch OK sagte er). Dann wollte er eine spezifische Übeung wissen die der Pat machen könnte. Ich wusst nicht genau was er meine. Letztendlich sagte er Gehtraining.
-Wissen sie was genau das ist und was man da macht? Obwohl es logisch kligt war ich nicht ganz siche, habe gesagt Übeungen um die Gehstrecke zu verlängern und Muskelaufbauen (?). Dann hat er erklärt das der Pat beigebracht wird seine gehstrecke zu kennen und weniger meter laufen (z.b wenn gehstrecke 100 dann 80mt laufen und pause machen, dann weiter, so das keine schmerzen auftreten und so mit dem Laufe der Zeit sich die Ausdauer der Muskeln verbessert und die Gehstrecke besser wird.) Auch kein Stress gemacht.

24-Fall:
66- jährigen Patienten ohne bisherige ähnliche Beschwerden. Körperliche Untersuchung: Bein, Pulsstatus (!!! Im Seitenvergleich), Herz. Hier hat der Prüfer (Unfallchirurg) unterbrochen und nach Kniegelenkuntersuchung gefragt (Erguss ‚Tanzende Patella‘, Vorderes Kreuzband, Lig. collaterale tibiale „Innenband“). Da die Zeit hier knapp ist, konnte ich die KU nicht bis Ende durchführen.
Fragen:
-VD. Typische Anamnese für pAVK Stadium II-b (Claudicatio intermittens) DD.
-Was muss man untersuchen? Pulsstatus (Im Seitenvergleich).
-Diagnostik: Labor (gibt es spezifische Labor in solche Situation?. 1. Wahl? Duplexsonographie. Möglicher Befund? Weitere Vorgehen: CT-Angiographie, MR-Angiographie (Der Prüfer hat gesagt: MR-Angiographie kommt in Deutschland nicht im Einsatz!!!). Digitale Subtraktionsangiographie (DSA): Goldstandard.
-Detaillierte Fragen nach DSA;
-Was ist DSA? Wie wird DSA durchgeführt? Warum machen Sie DSA? OP-Planung und Intervention möglich
-Welche denn? Perkutane transluminale Angioplastie (PTA),
-Wie? z.B. Ballondilatation und ggf. Stent-Einlage; Warum Stent? Aufrechterhaltung der Perfusion und Verhinderung des Rezidivs.
-Operative Revaskularisation?
-Wie behandeln Sie dann medikamentös? Statine, Blutdruckeinstellung: ACE-Hemmer, Blutzuckereinstellung, Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel,
-Was noch? Schmerzmittel;
-Was noch? bei Infektion Antibiotika; Was noch? keine Antwort (Er hat dann keine Medikamente genannt) (Die Antwort könnte Prostaglandin E1 sein)
-Wie behandlen Sie konservativ? RF-Anpassung, Wundbehandlung und Druckentlastung, Medikamente, Gehtraining; warum Gehtraining? Ich habe gesagt: Aufförderung von Bildung kollaterale Kreisläufe (Der Prüfer war mit dieser Antwort zufrieden).
-Ist Gehtraining bei diesem Pat. indiziert? Ja, pAVK Stadium II. Was sind die Stadien von pAVK?nach wem? nach Fontaine. pAVK-Typen? Ultima Ratio? Amputation.



86g 13-TVT 12 f
1-(TVT-Zeichen, Virchow Trias, Komplikationen)
2-(Aber Sie hat kein OP / keine Lange Reise gemacht sie ist 60 jährige (nimmt keine Kontrazeptiva ein) Was könnte an Urascah sein? Er wolte Malignom höhren) 3-Gefäßversorgung der Beine



82g 4-Lungenembolie 23f angio
1-Wells Score, LAE -->Hypotonie.. = Hinweis auf Massive LAE--->sofot Intesivestation und Lysetherapie
2-LAE Diagnostik
3-Wells score erzählt.
4-Worauf müssen Sie vor CT achten ? Allergien, TSH , Krea. , was ist Krea ?
5-Was erwatet man in Echo ?
6-Was erwatet man im EKG ? Lagetyp? Sofortmaßnahmen Wie gibt man heparin? Ich habe gesagt Bolus 5000 IE dann perfusor ? Welche Dosierung?




7-Was macht man mit der Patientin weiter ? ITS verlegen, nein ich meine auf längere Sicht? AK anfangen und INR Ziel 2-3 bis 6 Monate
8-Sie fangen einfach an oder müssen Sie vorher was machen ? Die Patientin aufklären.

9-Kennen Sie auch andere AK ? Vit.k antagonisten marcumar , coumadin , DOAK xarelto, eliquis , dosierung und wie fängt man an ? Kontrzeption und LAE ? Was empfehlen Sie die Patientin diesbezüglich?)
10-Der Unterschied zwischen Thrombose und Embolie
-Rauchen:
11-was glauben Sie ,
12-wie viele Patientinnen die Sie den sagen
sie sollen mit rauchen aufhören das umsetzten ?
Und was hat Rauchen von Einflüss auf Divertik?
13-Spielt das eine wichtige Rolle? Ich habe gesagt meine Aufgabe ist , die Patientin zu beraten, zu empfehlen und wenn Sie es nicht umsetze ,kann ich auch nichts machen .
14-Er hat über die Rolle vom rauchen in Gefäßchirurgie geredet , wie viel Prozent hören mit dem Rauchen auf? Habe 30% gesagt Dann meinte er unter 10% , dann haben die beide Gefäßchirurgen über Rauchen und Sport diskutiert ?
15-was ist ballerstoffreiche Diät? Die Patienten verstehen manchmal das nicht , was sollen Sie den Pat. Sagen? Ballaststoffen

16- Unterschied zwischen Embolus und Thrombus
17- welche alte Methode kann man bei beidseitige LAE benutzen? Lyse nein(Pat.mit Fraktur), Tromboektomie kann nicht sein..
-Doch! Das ist die richtige Methode!
-Das ist aber nicht "alte" Methode..
-Naja, verhältnismäßig, für etwas ist alt 5 Jahren alt, für etwas 100.

5-Herzinsuffizienz 69g 11f
1-Welche Diuretika wirkt nicht nur physiologisch sondern auch prognostisch bei Herzinsuffizienz? (Spironolacton)
2- Definition, Einteilung ,NYHA, Akut-chronisch, Link-Recht und wurde er über Einteilung nach EF gefragt, Medikament , Ursache für Akut Herzinsuffizienz. https://m.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-innere-1535/a/leitsymptom-atemnot-26865.htm
3-Pt stellt in der Notaufnahme mit Luftnot vor ‹vorgehen? D/D ,
4-Halsvenenstauung (DD)
- Halsvenenstauung Ursachen?
5- Ursachen für Akute Herzinsuffizienz Pat hat linksschenkelblock und Sinusrhythmus: Behandlung?(ICD Anlage) Typen ICD?(zwei und drei Elektroden ICD). Wie liegt man ICD an???????????
6- Klassifikation (HFpEF, HFmrEF, HFrEF), Therapie
Herzinsuffizienz HFrEF mit LSB: 3 Kammerschrittmacher CRT-D (die Sonden: im re. Vorhoff, im re. Kammer sowie AM LINKEN KAMMER (von draußen durch eine Vene!!) wird transvenös über den Sinus coronarius eingeführt,
7- was ist NYHA 4 und wie behandeln Sie NYHA 1 konservativ (betablocker , ace- Hemmer , diuretika , digitalis)

8- Woher bekommt man Energie zum Leben ? (Sauerstoff , Wasser , elektrolyte , Kohlenhydrate 55%, Protein 15%, fett 25 % er wollte wissen wie ist die Prozentigen Anteil jeweils und wie viel Kalorien braucht man täglich : 2000 kcal)
9- Typen, ätiologie, Symptome und Komplikationen.

55-60 % Kohlenhydrate
10-15 % Eiweiß
30 % Fett

10-Fall:

Fall mit Verdacht auf HI.
-Was hören sie auskultatorisch? dabei wurde mir eine EKG gezeigt → VHF.
-Therapie?
-Nächste Frage nach einer Kardioversion hat die Patientin thorakale Schmerzen und diese EKG, noch eine mit Hinterwandinfarkt. was nun? Ich habe sofort gesagt Diazepam, Sauerstoff, ASS, Clopidogrel, Heparin.
Das war aber nicht was die Prüferin hören möchte. Ich habe vergessen, dass Die Dame schon im
-Krankenhaus ist und deswegen → PTCA! (also immer bleib ruhig beim Denken)..wann? (innerhalb 2 Stunden),
-weitere Möglichkeit? → Lyse, noch was? Bypass-Op.
-Behandlung der dekompensierten HI? (man muss auch beachten wo die Situation passiert, z.B.: in einer Praxis. Also nicht sofort Furosemid iv gaben und alles erzählen, sondern erstmal ins
Krankenhaus einweisen. Die Prüferin war auch sehr hilfsbereit.
-Ursachen VHF??


11--Physiopathologie
-Symptome
-warum die Symptome?
-Welche 2 Hormonsysteme sind aktiviert? RAAS und Sympathikus (erklären).
-Therapie oberflächlich

12- Herz Insuffizienz Einteilung und Behandlung ?
13-Hat gefragt der Unterschied zwischen HFrEF und HFpEF ?

6-ZVK



417k

1-wie legen wir einen ZVK an?
2-und wie können wir feststellen, dass der Katheter im rechten Vorhoff ist?
3-Und wenn der Katheter im Röntgenbild im linken Vorhoff, wass die Ursache sein könnten? Durch Arterie,ASD:iATROGEN
4- ZVK Aufklärung, ob wir das machen dürfen (nein).

81f ch 7-Mesenterialischämie (Postprandiale Bauchschmerzen):
1-Angina Abdominalis bei chronischer mesenterien Ischämie..Welches Gefäß: A. Mesent. Sup.
2-was ist die Versogungsgebiete ?
3-Riolan-Anastmose lindert die Beschwerden.
3-Die Riolan-Anastomose ist eine inkonstant vorkommende Gefäßanastomose, welche die Arteria colica media (aus der Arteria mesenterica superior) mit der Arteria colica sinistra (aus der Arteria mesenterica inferior) verbindet.
5-Über diese Anastomose kann bei einem Verschluss eines der beiden Mesenterialgefäße eine Kollateralversorgung des Colons erfolgen.)
6-Rh. Fieber (was ist das, kurze Pathophysiologie.)

8-Aortenklappenersatz 72g
1-Der Patient hatte in der Vorgeschichte eine OP (Biologische Aortenklappenersatz) der Professor hat mich ein bisschen über Klappenersatzt gefragt, aber überhaupt nicht tief, nur warum ist es wichtig zu wissen, ob die biologisch oder mechanisch (Antikoagulation wollte er hören).
2- Aortenklappenstenose (Therapie).



Mitral InsuffizienzÄtiologie.
Welche Muskel sind betroffen- Papillär und wie viel wir haben- 2.

9-Kardiomyopathie 71g
Arten, wie besteht Ischämie bei ischämische Kardiomyopathie.



10- Endokarditis 74g 52f
1-was ist? Welche Erreger ?
2- Infektiöse Endokarditis (Klinik, Diagnostik, Therapie)
3-Bei welchem Patient wird Trikuspidalklappe bei Endokarditis betroffen?
Drogen-Abusus

Pneumologie

1-Pneumonie 101g
1-Patient mit Husten und Fieber:
2-BB+RöThorax. Was sieht man?
3- CRB65. Kriterien für eine stationäre Aufnahme
4- Erreger.
5-Antibiose.
6-Wann ambulant und wann stationär behandeln
7-Was ist die Indikation zur stationären Aufnahme?
-Tachypnoe >30/ min, Fieber), (CRB 65 , die Prüferin hat gesagt gibt es noch ein U Buchstabe für Urea aber dass war nicht wichtig!
8- Nosokomiale Informationen, MRGN , MRSA.
9-Dann hat mir labor werte gegeben und sollte ich die Ergebnisse erzählen, gab es Anämie und erhöhte Nieren Werte, fragt ob dass kann mit der Fall Pneumonie verbinden kann)
10- warum die Atypische Pneumonie keine richtige Beschwerden oder Befunde machtdi
11- Nosokomialinfektion ? häufgister Erreger ? Welche Patiend sind besonders betroffen ?

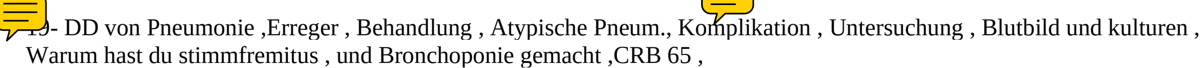
12-Fall:
66 Jährige Patient stellte sich wegen seit 3 Tagen produktive Husten, Fieber (37,8 Grad) und belastungsabhängige Atemnot. Er gibt diffuse, vorwiegend rechts, thorakale Schmerzen an, die in ihrer Intensität zugenommen haben und durch Inspiration noch weiter verstärkt wurden. Darüber hinaus beklagt er über diffuse Oberbauchschmerzen.
Vitalparameter: Puls: 65/min, RR: 130/80mmHg, Atemfrequenz: ca. 30/min, Sauerstoff-Sättigung: 89%, Temperatur: 38,7°C.
Körperliche Untersuchung Lungen, Herz, Abdomen so wie nur kurz die grobe neurologische Untersuchung und Pulsstatus (nur theoretisch, weil die Zeit vorbei war).
Erste Runde: Alles über Pneumonie detailliert gefragt.

13- wie kann ich nosokomiale und Ambulante Pneumonie behandeln, dann warum soll ich die Pat. Stationär behandelnden habe ich Labor werte bekommen (CRP129, Leuko 1,8 und krea 4)muss ich Kriterien und was ist Verdacht Diagnose auf Grund dieser Labor werte , meine Antwort zuerst war V.a Tumor bei diesem CPR-Wert und sagte die Prüferin was gibt es noch?? Dann sagte ich akut Nieren Insuffizienz und Sepsis aufgrund Pneumonie.

14- was sind die häufigsten Erreger der ambulanten und Nosokomialen Pneumonie ?

15-was sind die drei häufigsten Nosokomiale Infektionen ? 
16- welche ist gefährlicher nosokomiale oder ambulante Pneumonie ? nosokomial da der Pat vorbelastet ist . Behandlung von Pneumonie
17- nosokomial Pneumonie Erreger und Therapie? Dann atypische Pneumonie?

18-Fall:
66 jährige Pat. Mit Husten ,eitrige Auswurf, Fieber von 38.7. Dazu klagte der Pat. über Dyspnoe bei Treppen steigen , vor 3 W war er in Dänemark für eine Woche gewesen.
Vorerkrankung : art . Hypertonie , Hyperlipidämie
Op: Vor 7 Jahren biologische AK Ersatz achillessehne op
Knie Op links und im Achilis bds vor 40 Jahren.
Vormed. Lisinopril ,Ass ,Ator
KU. unauffällig bis auf systolikum über Aorta und sternotomie Narbe , OB Drainagenarbe .
Bei der Untersuchung habe ich gesagt ich möchte den Mund anschauen und Kopf untersuchen ,wir dürfen den Maske vom Pat.nicht abmachen , dann hat der Prüfer gefragt wass wolltst du bei einem pat.mit Fieber im Kopf schauen oder Untersuchen,Meningesimuszeichen , zyanose , Nasenflügel.,Blässe


19- DD von Pneumonie ,Erreger , Behandlung , Atypische Pneum., Komplikation , Untersuchung , Blutbild und kulturen , Warum hast du stimmfremitus , und Bronchoponie gemacht ,CRB 65 ,
Covid und Influenza habe ich auch gesagt was für Untersuchung bei corina (PCR) und was ist das und was suchst du bei der Untersuchung.
Andere Frage was ist wichtig bei diese Pat.
Frühe Mobilisation oder Thrombose Prophylaxe.


20-Fragen nach typischer/atypischer Pneumonie: Erreger, Klinik, Röntgen - warum Thoraxschmerzen bei Pneumonie und warum verschwinden die Schmerzen im Verlauf(er wollte die Reibung zwischen die pleurablatten hm und dann Pleuraerguss hören)

21-Fall:
63 jährige mit seit 3 Wochen bestehendem produktiven Husten begleitet von atemabhängigen thorakalen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Oberbauch sowie Fieber Und Schüttelfrost. Nach Anamnese habe ich meine Verdachtsdiagnose genannt. Die Prüferin hat es kritisiert. Bitte erst nach KU.
Grobe KU: thorakale Drückschmerzen. Reflexe Abdomen, Gefäßstatus, Lymphknoten, RR, HF, unauffällig.
Fragen:
-Messung wie macht man das? darf sich der Patient dabei normal belasten?
-Dann warum ist das Alter ein RF für a. H: weil die Arterien ihre Elastizität verlieren dann kommt es zu dem Widerstand.
-Nehmen Sie die Patientin stationäre auf? Sie berichtete von Tachypnoe aber" das hat sich während KU nicht bestätigt" deswegen Diagnostik dann Antibiose und nach Hause. (wichtig ist dass man eine Begründung hat).
-Dann Pneumonie Erreger ambulant und nosokomial.
-Welche AB, wie wirken Penicilline Macrolide .
-CRB 65. Welche Diagnostik.

Hepatotoxizität
QT-Zeit-Verlängerung
CYP3A4-Inhibition

22- Therapie: Unacid+ Makrolid. Warum Macrolid? Erweiterung der Spektrum/ Therapie. NW von Makrolid? QT- Zeit Verlängerung.

سيب CYP3A4-Inhibition

23-Fall:
71 J Patienten mit Luftnot, Husten mit grün-gelblichem Auswurf, Fieber38,7C ...
Wichtig hier die klassische Fragen nach Covid-19(Reise, Kontakt mit jemanden mit positivem Kontrast.
-Inspektion, Perkussion (Stimmfremitus, Atem Verschieblichkeit, hier unterbrecht er mir und fragte was haben Sie jetzt gemacht? Atemverschiebung, dann Auskultation,
ich wollte mit Herzuntersuchung weiterführen aber fragte er wo hört man Aortenklappenstenose, in 2. ICR. re.? wohin strahlt das systolikum aus? ich: über Carotiden.
-Er: überprüfen Sie bitte die Muskelkraft der unteren Extremitäten?
-Frage: wie überprüft man das Gleichgewicht(Romberg) mach es bitte.
-Frage: wie untersucht man die Beweglichkeit des Schultergelenks? Wie sieht die obere Extremität aus nach der Neutral-Null-Methode mit 180-10-15(ich konnte nicht antworten).

Schultergelenk → Abduktion/Adduktion: 180/0/40;
Außenrotation/Innenrotation: 60/0/90;
Retoversion/Anteversion (bzw. Extension/Flexion): 40/0/160

-Fragen:
-Er :bei großes BB was sieht man ,ich Neutrophile (Links-Verschiebung),
er BGA, erklären Sie was bedeutet jeder Begriff, bei Pneumonie wie werden die werte ausgesehen, ich Hyperkapnie,Hypoxie, respiratorische Azidose, er: no komment!.
-Er: was macht Diagnostik noch, ich Blut sowie Sputum-Kultur, er wie macht man Blutkultur ,ich :mind. 2 Gläser je aerob und anaerober wie viel zeit wartet man auf das Resultat? Ich 5 Tage ,er 2 Tage (Es dauert mit dem Antibiogram mindestens fünf Tage, ich bin Laborarzt, aber ich wollte mit ihm nicht streiten)
-Therapie ,warum stationär ich: CRB-65,was ist das?
-welche Antibiotika würden Sie die Pat verschreiben? Amoxicillin-Clavulansäure .(Mittelschwere Pneumonie,CBR-65=1 bei meiner Pat.)

-was ist das? Aminopenicillin mit betalaktamaseinhibitoren ,welch Antibiotika haben Beta-Laktam-Ring, ich Penicilline, Aminopenicilline, was noch? Cephalosporine ,was noch ,ich wusste nicht ,er wollte Carbapeneme hören.

24-Fall:
Frau Götze 63 Jahre alt stellte sich bei uns wegen Fieber 38,7, Schüttelfrost, Husten mit Auswurf, thorakale Schmerzen mit Ausstrahlung im Oberbauch seit paar Tagen vor.
Sie war im Ausflug mit ihrem Lebenspartner vor paar Tagen
COVID Anamnese war negativ
Keine Vorerkrankung, keine Allergie bekannt.
Viel OP: Meniskus OP, Katarakt OP, Tonsillektomie
Vater an Herzinfarkt gestorben
Mutter an Apoplex gestorben
Sie hat 2 Kinder gesund
Verdacht Diagnose Pneumonie
-Differenzial Diagnose: Aortendissektion, Pneumothorax, Pleuritis, Akutes Koronarsyndrom
-Fragen von Prüfer Pneumonie Klassifikation, Erreger, warum ist wichtig zu wissen ob es eine
-Nosokomiale oder ambulante Pneumonie
-Wegen der Therapie wollte er hören

Respiratorische Insuffizienz
$paO_2\downarrow$ = Hypoxämische respiratorische Insuffizienz (alt: Respirato-ri-sche Partialinsuffizienz)
$paO_2\downarrow$ und $paCO_2\uparrow$ = Hyperkapnische respiratorische Insuffizienz (alt: Respiratorische Globalinsuffizienz)

-BGA partielle und globale respiratorische Insuffizienz
-Wo nimmt man BGA besser wollte der Prüfer Arteria fermoralis hören
-Therapie von Pneumonie

25-Fall:
Frau Helger Götzer ist 52 J, beklagt seit vorgestern Fieber 38,8, Abgeschlagenheit, Husten mit Auswurf (grün- gelblich), Abgeschlagenheit und atemabhängige Thoraxschmerzen.
Fragen:
-wie gehen Sie vor?
Labor (Entzündungsparameter (pct bei bakterieller Entzündung)
Retentionsparameter, Glukose, Blutkultur).etc.
Röntgen-Thorax, welche Erreger macht atypische Pneumonie (Mykoplasmen, Chlamydien, Vieren.
-was nennt typische Pneumonie? lobär Pneumonie
-wie behandeln Sie? (je nach CRP - 65). Erklärung?
-was geben Sie bei stationärer Aufnahme (Ampicillin / Sulbactam) aber ich muss über Allergien fragen.
-Prüferin sagte und was noch, ich Makrolide bei V. a. atypische Pneumonie.
-was machen Sie vor Röntgen (TSH, Krea)
- Röntgen mit typischer Pneumonie, War typische Pneumonie

26-Fall:
71 J Patientin mit Husten seit 2 Tagen, Fieber 38,Dyspnoe mit Ausstrahlung in den Oberbauch, gelblichen Auswurf und Schüttelfrost.
Pat sagt sie hätte Bronchitis aber dies Mal ist sehr schlimm..sie nimmt dafür ACC und Bronchium Tropfen.
aHTN mit Ramipril(ACE Hemmer), Z.n Appendektomie, Know OP. Keine Gewichtsabnahme, keine Allergien, negative Covid Anamnese, keine Haustiere, nicht Raucher. Mutter an Mamma Ca Verstorben.
(Der Anamnesebogen hatte ganz viele Fragen, wenn Mann was vergisst kam man einfach durchchecken.)
Fragen:
-Röntgen Bild mit infiltrate on das deine Diagnose zustimmt (In meinen Fall wären infiltrate I'm mittleren Lappen) .also ja Erreger

27-Wann geben wir O2 in Pneumonie?
28-Geben wir immer Flüssigkeiten oder in bestimmten Situationen?
29-Welche Flüssigkeiten geben wir?
30-Klassifikationen von Pneumonie, was sind die atypische erreger!?



31- Pleuraerguss bei Pneumonie und bei HI Vorgehen. Wie macht man Pleura Punktion.

32- VD, Vorgehen, welche Erreger?
33-Was ist Unterschied zwischen typisch und atypisch?
34-Was sind Atypisch Erreger?
35-wieso nennt man als atypisch?
36-Was für Werte in BGA können wir bestimmen?
37-Normal Werte von PCO2 und PO2? Welche Einheit?
Therapie?
38-eine neue Frage war mit Stethoskopen wie Tief können wir die AG hören? 5-7 cm



39-Fall:
Frau Erika Sabine stellte sich mit zunehmenden Bauchschmerzen, diese bestünden seit 2 Tagen , beträfen den gesamten Oberbauch mit Puctum Maximum im rechten Oberbauch, seien von Fieber (38) Übelkeit, Erbrechen (2 mal galig) hellem

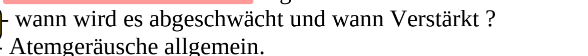
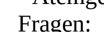
Stuhl und dunklem Urin begleitet. Die Schmerzintensität beträgt 5-6 auf einer Schmerzskale mit Ausstrahlung in die rechte Schulter.
Körperliche Untersuchung habe ich mit neurologischer Untersuchung angefangen, dann hat er gesagt eine Seite reicht, bitte weiter, dann habe ich mit Herz und Lungen weitergemacht.
Fragen:
-Verdachtdiagnose, wie gehen Sie Vor? Sono und Labor
-was sieht man im Ultraschall? Die Gallenblase, DHC, freie Flüssigkeit, wenn DHC erweitert ist?
-was macht man hier? ERCP
-wann op. Innerhalb 24 Stunden? Op Klomplikationen? Blutung, Nachblutung,Infektion....Leckage,
-Was macht man mit Leckage?
-Wenn die Leckage mehr als 300 ml pro Tag ist? direkt ERCP, wenn weniger abwarten

40-Unterschied zwischen typischer und untypischer Pneumonie, Einteilung nach Entstehungsort, wie ist der Rö-Befund bei Lobärpneumonie und wie bei interstitieller Pneumonie.
-Diagnostik ausführlich, BGA: PH, Po2, Pco2 Normwerte. Pneumonie-Behandlung, CURB Score, was sollte man bei Penicillin-Allergie geben.

41- Fall:

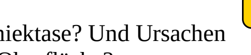

-Wie heißt COVID als voll Name ? Und was ist SARS ?

-Warum 19?
-Was macht Seifen mit dem Virus ?

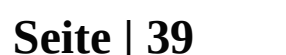

42-Fall:
67j.a. mann, seit 3 Tage zunehmenden husten, mit grünen Auswurf, fieber über 38. Dyspnoe, Nichtraucher Art. Hypertonie ED 15 jahre mit Ramipril gut eingestellt, seit paar monaten rezidivierende Erkältung. Verdachtsdiagnose, DD diskutieren und eliminieren.
Der Patient hat bei der Auscultation der obere rechte Lungenlappe Giemen simuliert :))
Der Prüfer hat ein paar Fragen über die KU gestellt wie bspw
-Was erwarten sie bei "99" sagen lassen? Stimmfremitus
- wann wird es abgeschwächt und wann Verstärkt ?

- Atemgeräusche allgemein.

Fragen:
-Wie gehen Sie vor? Monitoring ggf Sauerstoffgabe.
-Ab wann? Unter SaO2 90.
-Rö. thorax in 2 ebenen, was erwarten Sie? Verschattung in oberen rechten Lunge, Lobärpneumonie. -Und dann? Ich sagte Laboruntersuchungen: KBB, covid test CRP, BSG, Elyten, Gerinnung, BLUTKULTUR
-was erwarten Sie bei jedem? Hier haben wir über Trop t kurz diskutiert ob es nötig ist.
-Machen Sie ein Corona Test? Ich sagte auf alle Fälle ! Pandemie!!

-Was machen sie bei Covid als bildgebende Verfahren? CT, milchglastrübungen
-Was erwarten Sie bei Covid 19 in Rö thorax, wird die infiltration zentral oder peripher? Hie habe ich gesagt peripher (war logische Schätzung
-Und wie geht's weiter? Procedere mittels CRB65 score (hier war 1) dann stationäre Aufnahme, und ATB
- mit welchem? Hier diskussion über die verschiedenen ATB Therapien, je nach Stadium/spektrum,
-NW von Fluorchinolone? Gastrointestinale Beschwerden, Achillessehnenruptur
-Falls der pat 64 J ist, was machen sie? Ich sagte ambulante therapie mit Kontrolle 48 H, aber ist grenzwertig, kann man auch stat. aufnehmen, hat er gesagt normalerweise muss man streng mit CRB 65 arbeiten aber war zufrieden.
- welche ATB? Amoxiclav.
-Dann Sepsis, wie kann man erwähnen? hier habe ich Sepsis definiert, und über SOFA und qSOFA diskutiert.
- Was bedeutet SOFA? (Wusste ich nicht aber es war nicht schlimm !)

2-COPD, Asthma bronchiale
1-Raucher und kann nicht gut atmen
2-COPD.. Ursache von Obstruktion: vermehrt Schleim(kann nicht abgehustet werden) und verminderte alveoläre oberfläche zum Gasaustauch.(Emphysem).)
3-Warum kann Sauerstoff gabe bei Patient mit COPD gefährlich sein?
4-Bronchialkarzinom (histologische Einteilung
5-unterschied zwischen COPD und Asthma
6- COPD untersuchung BGA pco2 erhoht,was noch erhoht? Hco3 warum? Compansatory.O2 gabe bei copd? Nein (1-2 liter),warum gefahrlich?


7- Was ist Bronchiektase? Und Ursachen
Dann Atelektase Oberfläche?

8- oberflächlich COPD
9-Was für Lungenuntersuchungen gibt es ?




http://physiologie.cc/VIII.8.htm

3- Bronchialkarzinom
Unterteilung, und Behandlung

Endokrine

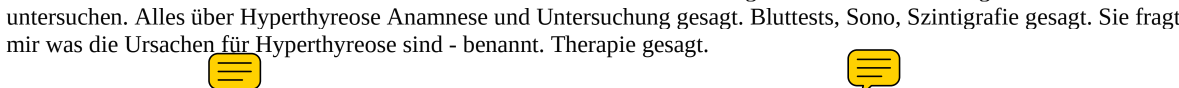

1-Glucossenkende Maßnahmen (Insulin Einstellung bevor OP)

2-Hyperthérose 111g 17f
1-Z. n. Thyroidektomie, Tetani
2-Meine Patientin hat sehr gut diese Krankheit geschildert.
Ich habe Logorrhoe und Wärmeintoleranz erwhänt.
3- warum habe ich pulsdefizit gesucht (Hyperthyreose ist eine extakardiale VHF Ursache). 4-DD (Morbus Basedow: triade Struma, Tachykardie, orbithopathie - Schilddrüsenkarzinom - Quervain und Hashimoto Thyreoditis (erste Phase)
5-Labor Antikörper
6-Sono Szinti szintigrafie I.v.-Gabe von Tc-99m-Pertechnetat Aufnahmen mit der Gammakamera
7-Therapie medikamentös radiojodotherapie Op Kapsel oder Flüssigkeitradioaktive 131-Iod, das über Betastrahlung zur lokalen Zelldestruktion 
8- wie wirkt und wie macht man Radiojodotherapie
9- was ist TRH und wo findest man das
10- Kontrastmittel mit supprimierte TSH. Welche Risiko.
11- Thyreotoxische krise.
12- Amiodarone
13- 52-jährige Pat. Seit 4 Monaten nervös geworden sei. Dazu hat sie Zittern in ganzen Körper, Haarverlust, trockene Haut, herzrasen, Durchfälle.
14- Was ist morbus Basedow ?, DD Morbus Basedow, Haschimoto in frühe Phase
15-Thyreoditis(ich wusste nix weiter, aber Schilddrüse Ca macht kein hyoerfunktion
16-Welche labor Untersuchung bei Hyperthyreose,
17-Welche weitere Untersuchung machen Sie,
18-welche weitere Erkrankgen erhöhen die thyreose Hormone, welche DD.
19-Symptom und Therapie von Hyperthyreose, Vigitative Anamnese besonders Stuhlgang Diarröh oder Obstipation?bei Hyperthyreose, was macht kalte knoten.
20-Hypothyreose (Dann wurde zusätzlich ein Labor gezeigt mit Hyperthyreose).
-Was muss man dem Patienten fragen?
-Ob er Behandlung mit Amiodaron bekommen hat oder ob er in letzter Zeit Untersuchungen mit KM hatte.
21-Welchen BBlocker benutzt man? Propanolol.
22-Welche andere Untersuchungen? Sono der Schilddrüse, Szintigraphie.
23-Warme oder kalte Knoten. Behandlung: Thyreostatika.
24-Morbus Basedow: Antikörper gegen TSH Rezeptor)
25-Schilddrüsekarzinom Typ gefragt(Tumormarker bei papillar und follikular (Thyreoglobulin) , medullarCA (Calcitonin), Bei MedullarCA - keine Radiojodtherapie (Resistanz))
26-Schilddrüsekarzinom Klassifikationen (Andere fragen über Schilddrüsenkarzinom, histologische typen, diagnostik, therapie, oeprative Komplikationen, Tumormarker, FNAC befund (gut/bösartig).
27-Thyreodkarzinom
28- Morbus Basedow Komplikationen von Thyroidektomie. NW vom thyrostatika. Klassifikation von Schilddrüsenkarzinom
29- Labor Werte über Hyperthyreose? Ursachen?

30-Schilddrüsenkarzinom welche Arten kenne ich aber könnte ich nicht antworten

31- Beschwerden bei Hyperthyreose ? mit labor ? TRAk wich
32- alles über Schilddrüsen Chirurgie? Welche Komplikationen? Therapie der multifokalen Schilddrüsenautonomie ? Tief in Anatomie der N.recurrese woher kommt ? Wohin geht was ist Vagusnerv ?
33- Hyperthyreose Dx,DD,Therapie,Labor ,Sono ,Op
34- Was ist morbus Basedow? Was man macht? Was mann erwartet bei KU bei Hyperthyreose?

35-Fall: Pat kommt in Notaufnahme mit Gewichtsverlust und Unruhe seit Tagen. Was werden ich fragen und weiter untersuchen. Alles über Hyperthyreose Anamnese und Untersuchung gesagt. Bluttests, Sono, Szintigrafie gesagt. Sie fragt mir was die Ursachen für Hyperthyreose sind - benannt. Therapie gesagt.



36-: Welche Krankheiten der Schilddrüse kennen Sie, was ist Hashimoto?Welche Immunerkrankungen kennen Sie? In welcher Altersgruppe, wie wird ermittelt , welche Antikörper sollen hier bestimmt werden? Sollte immer behandelt werden? 
Bis wann? Wie zeigt sich im Ultraschall? Welche Frequenz vom Ultraschall ist hier benötigt?


37- Dann Frage über Sono befund bei Haschimoto (nicht besonders) dann wie funktioniert Sono ? (Denkenblockade) Konnte nicht antworten, dann zurück zu Haschimoto , Diagnostik und Therapie. Dann hat mir Sono Befund von Schilddrüsenzysten,

ich hab vorher keine Schilddrüsenzysten gesehen deshalb habe ich nur beschrieben was ich gesehen habe : echofreie RF .. ,dann hat mir gesagt einfacher, ich : Zyste!

38- conn syndrom (was ist das , und was besonders, hypokaliämie wegen hyperaldosterenismus) was noch cushing syndrom und Schlafapnoe, Nierenart. Stenose, warum macht AHT, wegen RAAS, dann eine Frage, die habe ich nicht richtig verstanden (aber hat mir gesagt, kein Problem).

39- Hyperthyreose (Morbus Basedow, symptome, AK, Labor,Sono was sehen wir, und Therapie und NW von Thiamazol, wann Radiodtherapie, hatte gesagt könnte sofort ohne werte auszugleichen !!



40- Alles über komplikationen von Op, warum Heiserkeit und verlauf von N. Larynex Reccurens, und woher kommt, ich habe nur zu zu wenig gesagt, dann Pat. Mit Dyspnoe warum, blutung nach oP, was machen Sie ABCDe ggf. Intubation nicht geklappt, mache ich kleinen Wund, damit Blutfliesst, dann sofort Op, dann PTH was ist das und wie wirkt...

41- Sekundäre Ursachen wie Pheochromazitom Nierenstenose



42- Während Schwangerschaft was muss gegeben werden? Therapie

43-Fall:
35 J. Patientin(3 Kinder) seit 4 Monaten Schwäche, Kraftlosigkeit, Depression, und Gewichtszunahme.
Fragen:
-Weiteres Vorgehen? --- ich habe 2 Vermutungen gesagt : Hypothyreose und Anämie.
- weiter über Ursachen, Diagnostik und Therapie der Anämie, Hypo- und Hyperthyreose. Besonderheiten:
- SD Werte sind folgendes : TSH erhöht, T4 normal, T3 erniedrigt. Hier Vorsicht: dass kann nicht stimmen, dass T4 normal ist aber T3 erniedrigt.(T 3 entsteht vom T4) Fehler im Labor.
Die Prüferin hat bestätigt: richtig, die Schwester schimpfen.

-Wir sollen vor SD Ektomie immer HNO Konzil machen, und Heiserkeit bzw. Parese des Laryngeus Rekurrenz ausschließen.

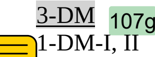
44-Wann soll man die Schilddrüse im Rahmen einer hyperthyroidism entfernen trotz euthyroid Stoffwechsellage: wenn der Pat soll ein Chemo kriegen weil die Thyreostatika zur panzytopenie führen.
45-Im OP das N. Rekurrenz signal ist Verlust was machen Sie? Soll die OP unterbrochen werden und der Pat zur HNO kontrollen. Gehen um das Nervus zu beurteilen.
46-Was passiert wenn das N. Rekurrenz verletzt ? einseitig und bds? dan hat mich über die

47-Fall: 240-444



-Wunde Infektion , wie gehen Sie vor ? Umstellung je nach Resistogram dann Schilddrüsen
-Was ist Kaltknoten ?
-Wie diagnostiziert man das ? Ich Szintigraphie.Vorher ? Ich sonographie.
-Was sieht mann in Sono? (er wollte Kalcification hören) dann
-wie geht mann vor muss Mann unbedingt behandeln? Ich: nicht direkt, kann gutartig sein.
-Richtig wie viel Deutschen haben SD Knoten? (ich: schwierige Frage, nicht selten . 20? 40 ? Er 30 % Glück gehabt 🙂)
-was machen Sie dann? FNA . Er: Befund : Z B. Follikulär Karzinom .
-Behandlung ? Totale Thyroidektomie mit Lymphadenoktomie und danach Bestrahlung)
-wenn das Papilär und 1cm Gross ? Ich : auch Op wegen frühzeitige LK Metastase.
-Wer hat die Op von Thyroidektomie erfunden ? (Wusste nicht natürlich)
- was von Komplikation gab es damals ? (Hinweis : die haben keine SD Hormone nach OP substituierten
-was würde passieren? Ich: Hypothyreose, Myxödemkoma. Richtig ! Die Patientin starben deswegen haben sie das auf subtotale Thyroidektomie umgestellt aber Heutzutage haben wir glücklicherweise Levothyroxin und können wir deswegen Total Thyroidektomie durchführen)
Dann über Radioaktivebehandlung ,
-was gibt der Radiolog von Medikamente vorher? (neue Name , könnte nicht m[illegible]n)
-Muss mann das ambulant oder stationär machen? (in Deutschland ambulant)
-Wie wirkt radioaktive Iodine Therapid? sammelt sich in Thyroidzellen dann werden die Zellen vernichtet.

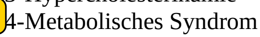
3-DM 107g



1-DM-I, II
2-Adipositas



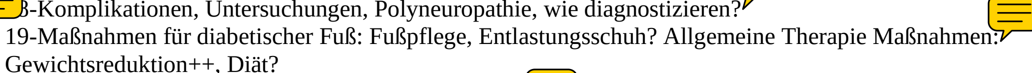
3-Hypercholesterinämie



4-Metabolisches Syndrom



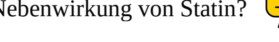
5-Diabetische Nephropathie
6-Es wurde alles über Diabetes Typ 1 und Typ 2 gefragt. Risikofaktoren.
7-Warum muss Typ 1 mit Insulin behandelt werden? Orale Antidiabetika
8-Ein junger Pat mit bekanntem DM typ 1 eigentlich gut eingestellt und geschult, aber er war plötzlich beim Fußballspiel bewusstlos geworden.

9-NA kommt aber hat keine Teststreifen zur Blutzuckermessung?
10-Was machen sie jetzt?
11-was sind DM Typen und die Pathophysiologie (besonders 1 und 2, Insulinmangel und Insulinresistenz
12-alle orale Medikamente besonders sglt 2 inhibitor wie Gliflozin (welche Ärzte mögen das)? 110g Kardiologe weil es kardioprotektiv ist
13- Insulintherapie
-OAD= orale Antidiabetika, CT= Konventionelle Insulintherapie, Intensivierte Insulintherapie -hat 2 formen: ICD=intensivierte konventionelle Insulintherapie und Insulinpumpentherapie) 14-Bedarfsschema von Actrapid Actrapid® Normalinsulin
15-Junger Mann, bewustlos liegt auf der Straße. Was denken ? Spontan atmung und puls vorhanden. Hyper- und Hypoglykämie , DKA und hyperosmolares koma.
16- Typen, Pathophysio
17-Wie machen wir Diagnostik bei DM Typ 1: BZ und Insulinspiegel.
18-Komplikationen, Untersuchungen, Polyneuropathie, wie diagnostizieren?

19-Maßnahmen für diabetischer Fuß: Fußpflege, Entlastungsschuh? Allgemeine Therapie Maßnahmen: Gewichtsreduktion++, Diät?
20-DM Typ1-2 Unterschied,
21-Conn- Syndrom: was ist das? Diagnostik? Was macht Aldosteron? Wie ist K+? Therapie aHT?
22- Unterschied zwischen DM I und DM II, Therapie, Bedeutun

23-Fall: Pat kommt in der Praxis, nimmt Ramipril wg. AH, klagt über Durst, Müdigkeit usw., was machen wir? Erstmal ausführliche Anamnese, fragen über weitere ironische Erkrankungen/Medikamenten. Nimmt nichts. Wir machen Labor und suchen nach DM. Glukose hoch und HbA1c 8,3. DM Behandlung, Diät, orale Antidiabetika ausführlich berichtet. Was führt zu einer metabolisches Syndrom? Adipositas, dyslipoproteinämie, AH, DM. Auch

24-Fall:
24 Jährige Patientin in Zentrale NA mit Bauchschmerzen und Blutglukose von 400 mg/dl, DM 1 bekannt,
1-was machen Sie. Welche Blut Werte.
2-Was ist ihr Diagnose: Ketoazidose. Pathophysilogie von DM 1 und DM 2.
3-Wann beginnt jede. Wie diagnozieren Sie die diabetes.
4-Was sind die diagnostische Testen. Ab wie viel Glukose spricht Man für Diabetes.
5-Was ist HbA1C, und wie ensteht, worauf weißt, wie hoch ist die normale Wert.
6-Warum bleibt HbA1C für 3-4 Monate hoch: weil Erythrozyten leben 120 Tage.
7-Nennen Sie die oralen Antidiabetika.
8-Ein von dem Antidiabetikum ist bei Herzinsuffizienz zugelassen, welche und warum, diese habe ich nicht beantwortet.

25- Was ist LADA MODI. 

26-Fall:
50 J, BMI 30, nüchtern BZ 82, HbA1c 11%, RR 160/90, UrinStix: Protein ++, Triglycerides und LDL sind erhöht und HDL ist niedrig,
-interpretieren Sie bitte?
Metabolisches Syndrom, zuerst Diät und Sport mit ACE- Hemmer wegen Nephropathie, wenn Lebensstiländerung nicht so viel gebracht hat, dann Med wie Statin, antidiabetika und antihypertensiva.
-Was für Antidiabetika wissen Sie?

-Nebenwirkung von Statin?

27-Fall:
die Mutter hat die 14 J Tochter wegen Heißhunger, Schwäche, und Gewichtverlust gebracht.
-Vermutung? DM Typ 1.
-Dann: die BZ ist 700, weiteres Vorgehen. Diagnostik,
-Therapie. (ITS: Volumen 1 Stunde 1 L Vollelektrolytlösung, Bz nicht mehr als 50mg/dl pro Stunde reduzieren).
-Langfristige Therapie der DM. Dann Fragen über DM Typ 2. Therapie.
-Komplikationen.
-Patho der Mikroangiopathie?

Meine Vermutung war dass bei Hyperglykämie kommt es zu Verletzung des Endothels. Falsch, die Kapillaren haben kein Entothel. Fr: wie groß ist ein Erythrozyt(7-8 mkrm) , Kapillären sind kleiner.
-Wie geht Er. durch. --- Er. verformen sich 7,5 Mikrometer im Durchmesser.
- was ist Normal pH? 7.35-7.45.
- ist bei DM eher Azidose oder Alkalose?: Azidose.
- warum können die Er. Bei DM nicht durch Kapillaren fließen? Der Prüfer hat selbst gesagt, dass bei Diabetikern in den Kapillären pH ist bei 7.22 , daher sind Er. nicht elastisch.

28- Diabetes mellitus Typ 2 und 1 Unterschied
-Therapie
-Was noch im Labor wichtig
-Wollte sie Gesamte Cholesterin Wert, LDL, HDL hören
-Wenn die Werte hoch sind, was soll man geben ? A :Statine

29-Fall:

ein 13-jähriges Mädchen mit schlechtem AZ, Gewichtsabnahme und Polydypsie.
-VD? DM Typ 1.
-Was passiert bei dieser Erkrankung?
-Und bei DM Typ 2?
-Wie würden sie bei ihr vorgehen?

Blutabnahme: Glucose ist 600mg/dl. Was machen sie?
-Wie schnell konnen sie die Glucose senken? pro Stunde maximal um ca. 50 mg/dL gesenkt werden und vorerst nicht unter 250 mg/dL (13,9 mmol/L) fallen
-Was müssen sie noch überprüfen?
-Was passiert mit Kalium im Herzen?
-Was machen sie im Verlauf bei der Patientin?
-Welches Insulin usw. Dann Komplikationen bei DM.
-Wo kann man die Arterien sehe? Auge.
Dann wollte er über die Physiopathologie der Mikroangiopathie bei DM hören
-Wie kommen die Erythrozythen durch die Kapiläre, wenn sie größer als die Kapiläre sind?
-Was ist den normalen PH-Wert? Und was passiert in DM? Azidose.
-was passiert zu den Erythrozythen bei Azidose? Sie verlieren die Elastizität/Flexibilität und sie kommen nicht mehr durch die Kapiläre. Und dann? Die Kapiläre sind geschädigt --> Mikroangiopathie.

30- DM Typ 1
Ätiologie, Symptomen, Diagnostik
Therapie nur Insulin Therapie (konventionelle Th und Insulin- Type: kurz und langwirksame ohne Namen).



Mischung:
1- Aortenisthmusstenose (ISTA) oder Koarktation der Aorta etwas tiefer gefragt. Was machen wir für lab. Medikamentet, dosierung, diuretika
2- Häufigste Krebsformen bei Männern und bei Frauen.
3- wir nennt man eine Erkrankung, wenn die Größe sehr hoch ist-- Akromegalie.

4-Welsches Hormon: STH. Wo wird Synthesizern: Adenohypophyse.
Wachstumshormon (somatotropes Hormon [STH]

5-Wie nennt man ein Syndrom wo Akromegalie + Dm. MEN 1


6-Fall:
Patient hat Abgeschlagenheit und Schlapp, Natrium ist niedrig und Kalium ist erhöht.
Fragen:
-wie gehen Sie vor? Hypoaldosteronismus
-wo synthetisieret Aldosteron und wie funktioniert? von NNR, Absorption von Natrium, Ausscheidung von Kalium.
-was machen sie noch? Kortisol, noch was? MRT für Nebennieren um Tumor, Entzündung zu beurteilen, er sagte gut aber ist teuer, ich sagte Sonographie
-was ist die Diagnose? A: Morbus Addison
-wenn Verkalkung bei Sonographie vorliegt (er sagte Tuberkulose aber, Heutzutage gibt es nicht mehr).
-Was sind häufigste Ursache für die Nebenniereninsuffizient? A: Autoimmunerkrankung, und die Patienten haben Ausweis dafür für die Notfallsituation insb. bei Stress.

7-Fall:
20J Pat kommt nach dem urlaub aus Egypt. Mit ikterus.
-A: Anamnese, perhepatisch, hepatisch, post hepatisch
-Was ist morphie zeichen
-Was sein Sie im Sono.usw
-Labor (entzündungszeichen, lebezell, Ap,Gyt, bilirubin.Lipase... Anti HAV DNA, B Und C.
Dann über Hipatitis A Ursache,
die Antwort war: wir müssen über bilharzia (Schistosomiasis**) achten.**

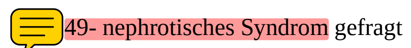
Nephrologie + Urologie

1-Pyelonephritis 116g
1-Diagnose.
2-Was erwartet man im BB.

3-Was sieht man im Sono?
3-Erreger
4-Behandlung: wann ambulant und wann stationär.

Darreichungsform: Je nach Schweregrad der Infektion
Bei schwerer Infektion bzw. Sepsis: Therapie i.v.
Bei unkomplizierter Pyelonephritis:a Therapie p.o.
Supportive Therapie mit Flüssigkeitssubstitution (Vollelektrolytlösungen)
Bei Harnverhalt, Restharn oder Pyurie: Einlage eines transurethralen Dauerkatheters zur sicheren und prompten Harnableitung

5-Welche Antibiose und in welcher Verabreichungsform.
6-Wenn Schocksymptomatik: Urosepsis.
7-Welche Antibiose in den Fall.
8-Und welche andere Untersuchung ist wichtig? Blutkulturen.Urosepsis
9-welche spezifisches Symptom(Fieber, schüttelfrost ,flankenschmerzen),
10-Differential diagnose (nephrolithiasis (schmerzen) mit HWI (fieber) , MI, Aortendissektion , Pancreatitis (wegen Rückenschmerzen)
11-Häufigste Keime (Ecoli, Proteus, Pseudomonas)
12-Weitere Abklärung : Labor Leukos, CRP, PCT (wegen sepsis), urine status (warum Nitrate positiv), urin kultur (Erreger nachweis) Sono- Zeichen , ggf CT Abdomen
13-Behandlung -Flurochinolon(Cipro oder Levofloxacin,) Cephalosporin (Ceftriaxon), Akute Pyelonephritis (Aumbulant Behandlung oder Einweisung?,
14-Was sieht man im Urinstatus.
15-Warum Nitrit eine Hinweis auf HWI sein könnte.(Nitat durch Bakterien werden Nitrit)
16- Nieren, Harnleiter und Blase gemalt, sollte die Engstellen der Harnleiter zeigen.
17-Die Patientin hat gürtelförmige Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den Bauch beidseitig, sie hat noch trüben Urin und hat Zweifel an Harnwegentzündung.
18-bei körperlicher Untersuchung findet man Flankenschmerzen beim klopfen
19-NW von Ciprofloxacin gefragt (Krämpfe und Achillessehnenruptur)
20-was sieht man in der Sono, Urin,
21-welche Med. (Ciprofloxacin ist nicht die erste Wahl wegen der Resistenz)
22-Im Bezug der Antibiotika habe ich gesagt Flourchiolon als erste Wahl und es war Falsch (laut die Leitlinien)
23-ich musste auf der Tafel anatomie von nieren, harnleiter, gallenblase, Harnröhre und prostata mahlen.
24-Frage war: es gibt 3 Stellen wo Harnleiter eng sind, welche sind die? was ist ~~vesikourethral~~ reflux?
25- Pyelonephritis bei alten Männern : aufgrund BPH,
26-Meine Patintenin nimmet immer Ibuprofen beim bedarf ein Ich habe gesagt ich muss Ibuprofen sofort absetzen Er hat mir nach gefragt eben die Nirenwerte Normal ist , ich habe gesagt ja)
27-bei wem ist häufiger eine pylonephritis? Männer oder Frauen? Warum ?
28-Und als Empfehlung was sollen Sie der Patientin sagen?
29- Komplikationen urosepsis SIRS parameter , Erreger, Behandlung , retentionsparameter, Laboruntersuchung ins. Nitrit !
30-pathophysiologie warum Nitrit +. (SIRS Sepsis)
31-Was soll die pat machen? 2 3 LITER PRO TAG WASSER TRINKEN.
32-Kann sie schwimmen gehen? Nein sie ist krank, sie fühlt sich nicht gut deswegen Bettruhe.
33-PCT wann? Bakterielle Infektionen.
34-Gesprochen auch dass BSG macht mann nicht in der Klinikalltag also ~~nur~~ theoretisch.
35-Wie macht Urin Sediment : centifugation. Zentrifugation
36-Was meint die Patientin eitrige Urin?
حيوي Muskeleigenreflex
37-Wie verstehen wir das? Vermehrte Bakterien, wie viel denn ungefähr? >500/ml. Warum hat sie lebhafte MER? Ist in diesem Fall pathologisch? Müssen wir das dokumentieren? Ja aber aktuell keine Korrelat. ______?????????????????
38-Alkoholgeschichte erhoben, warum was konnte das in eine anderem Fall sein? Dann Fragen über den Fall, Prüfer wollte jedes Labor geklärt werden, z.B warum BB? Warum Krea? Wie rechten Mann GFR?)
39-Welche Antibiotika, NW Flurochinolone ? warum Flurochinolone macht Aortenaneurysmen- dissektion?
40-Der Pat. Hat Aortenklappenersatz wegen Aorteninsuffizienz und bei der Untersuchung hört man ein Systolikum und ein Diastolikum! wie machen wir Diagnostik? Erreger? Was sehen wir im Sono?
41-Beim 66 jährige Mann was kann die Ursache sein? Prostatavergrößerung.
42-HWI, Nephrolithiasis
43- Ursachen für Pyelonephritis? Urinkultur?
44-Wenn Pat aus dem Pflegeheim kommt, was für Urinku[illegible]? (MRGN),
45-Antibiotika gegen MRGN, DK Anlage (Indikationen)?
46- Vesikoureterreflux, was ist das? Wieso häufiger bei Kindern?
120g
47- Blutaustrich unter Mikroskop (soll demonstrieren und befinden!)-Befund war ALL, 😭, Ultraschall der Nieren befinden.
48- Therapie? 1. Wahl: Fluorokinolon(Ciprofloxacin) Was sind die Nebenwirkungen von Fluorocinolon? Was ist 2. Wahl? Cephalospurin III


49- nephrotisches Syndrom gefragt

50-Fall:
einen 66-jährigen Rentner hat seit zwei Tagen Abgeschlagenheit sowie allgemeine Schwäche mit Schüttellfrost und Fieber (38,7).
Seit gestern hatte er plötzlich aufgetretene ziehende dumpfe Schmerzen auf den beiden Flanken, die runter entlang die beiden Harnleiter Ziehen. Dazu hat der Patient Übelkeit und Erbrechen. Miktion: Brennen beim Wasserlasen sowie Harndrang, kein Harnverhalt.
Stuhlgang normal.
Keine wegweisenden Vorerkrankungen bekannt.
Keine Vormedikation.
Allergie: Penicillin, Heuschnupfen

Die körperliche war bis auf DS sowie Pos. Nierenklopfschmerz bds. unauffällig. Außerdem hat er erhöhte RR Werte (160/100 mmHg).

51- Was machen Sie (Labor, inkl. Blutkulturen zum Ausschluss Urosepsis, Urin-Status, Urin Kultur, dann Sonographie).
-Was sehen Sie in der Sono (Vergrößerte echoarme, atemverschiblische Niere, die Grenze zwichen Rand und mark sind nicht scharf begrenzt)
-Sollen wir noch Diagnostik machen (Nein)
-Was machen Sie Jetzt (Stationäre Aufnahme, Isolation wegen Fieber, Corona-Abstrisch, Antipyretika/Analgetika, Parenterale Infusion, Thrombose Prophylaxe und Antibiotika. Jier habe ich gesagt aufgrund der Penicillinallergie gebe ich ungerne Ceftriaxon, stattdessen gebe Ciprofloxain, was ihr nicht richtig gefallen)

52- Pyelonephritis, typische Beschwerden Flankenschmerzen mit Dysurie und Fieber usw..
Klinische Untersuchung: Nierenklopf + bds, dann der Prüfer gefragt bei der Abdomen-Untersuchung, warum haben Sie die Statheskop am Nabel und Nierenbereich gelegt und tief gedruckt = A. Abd und Renalis Geräusche.

53-Fall:
Herr Tacking Ollef, 66 J. Klagte seit ca. 3 Tage bestehende Fieber,Schüttelfrost, unruhe,Inappetenz und Flankenschmerzen bds sowie Dysurie
Dagegen hate er ASS einmalig (Dosis unbekannt) aber nicht geholfen.
Z.n rezidiverene HWI(Letztes mal war vor ca. 8 Monaten)
Die Fragen nach Husten, Dyspne, Makrohämaturie, B. Symptomatik wurden verneint.
Nicht raucher, keine regelmäßiger Alkoholkunsum.
Penicillin Allergie bekannt.
Rentner, lebt mit der Frau zusammen.
Vater an Apoplex ist verstorben, Mutter wegen altersbedingt.
Keine Vorerkrankungen, Keine Vormedikation.
Fragen:
-Wirst du den Pat. aufnehmen: ja, wieso:: rezidive HWI und AZ Verschlechterung sowie Komlikationen zu vermeiden.
-Was ist komp HWI? Rezi. Und therapie resistant.
-Wie Z. B urosespsis, kürz darüber beschbrochen.
-Ihre Pat. Ist in Urologie operiert worden und kommt zu Ihnen wieder(danach in ein paar stunden ist verstorben. Kreuzen sie das Normales Tod (nein ich muss die Polezei anrufen.

54-Fall:
Patientin kam in Die Notaufnahme mit Fieber 83,6 Flankenschmerzen und Brennendem Urin
Fragen:
-Was würden Sie machen? Anamnese, Körperliche Untersuchung: Labor: BB, Entzündungsparameter Nierenparmeter, Sonographie.
-Was Sehen Sie im Sono? Steine, Nierenstauung und unklare Grenze zwischen der Rinde und Medulla.
-Die Diagnose? Pyelonephritis.
-Welche Erreger? E. Coli, Klebsielle oder Proteus.
-Wie behandeln? viel Flüssigkeit (mir Beachtung die Nierenfunktion) und Antibiose (Cephalosporin 3.G).
-Sie haben die Pat. Stationär aufgenommen und die Krankenschwester kam zu Ihnen und sagte, dass die Pat notfallmäßig, hypoton, unruhig mit Hypoxie. was ist das? es könnte eine allergische Reaktion gegen Cephalosporin sein.
-Möchten sie die Pat. Auf die Intensivstation aufnehmen und wie behandeln? A : wenn die Pat. noch stabil ist, werde ich sie auf Normalstation oder IMC-Bereich (wenn Verfügbar) behandeln. erstmal Cephalosporin absetzen, Volumengabe und Antihistamin 1 sowie Prednison 500-1000mg geben, Salbutamol und ggf. Terbutalin oder Adrenalin inhalativ.



55-Fall:
icrohämaturie? dd für eine Frau mit microhämaturie? urothelkarzinom, (harnblasentumor und urethroskopie)

56-Fall:
Frau Henco ist eine 71 jährige Patienten, die sich wegen seit heute Morgen um 4 bestehenden , plötzlich auf getretenen , stechenden und progredienten Oberrücken Schmerzen links mit seitliche Ausstrahlung bis zum Oberschenkel. Die Schmerzen mit 10/10 auf einer schmerzskala angegeben (hier habe reagiert und gefragt ob sie die Schmerzen bis zum Ende des Gesprächs aushalten kann , oder soll ich Schmerzmittel einordnen)
Die folgende begleitsymptome fehlt ihr auf : Übelkeit, 2 mal erbrechen , dysurie ,Polakisurie ,Tröpfen beim Wasserlassen und nykturie .
Die Fragen nach Ausstrahlung in Re. Schulter , Fieber , stuhlveränderungen , stürzen würden negiert.
Die vegetative ist bis auf Appetitlosigkeit und schmerzbedingte Schlafstörung unauffällig.
Die körperliche Untersuchung ist bis auf Nierenklopfschmerzen unauffällig.
Fragen.:
-V.d? bei die Anamnese weil die Schmerzen nur im Rücken ist und unterhalb Rippenbogen hatte ich nur 3 dd (Nephrolithisis , basal pneumonie , wirbelkörperfraktur)
-welche Untersuchungen und warum , willst Blutkultur machen ? Ja , er: nein das ist teuer und die Verdacht ist eher eine Nephrolithisis .
-Abdomensono , ab welche große können wir Steine sehen ? ~~5mm~~ 2-3 mm

-Was sollen Wir jetzt machen?
die Patienten hat voll abdomen und keine Wasser lassen seit 4 Uhr -Wir sollen Mit analgetikum und spasmolytica anfangen wenn noch keine Wassermassen dann Dopple J kathetre um Harnblasse zu entlasten.

57-Fall:
Fragen:
- Die Therapie der Pyelonephritis ?
- Die Patientin hatte Penicillin-Allergie, die Vitalparametern waren normal , sodass ich Ciprofloxacin empfohlen habe. Dosis wurden auch gefragt .
- Die Erreger
- Was machen wir als Untersuchungen in der ZNA (Sono, Urin-Kultur, Urin-Status ,BK usw.)
- Was schauen wir in Abdomensono?
- Was genau in Urinstatus , typisch für HWI, einfach Interpretation der Urinstatus)
- Wie äußert sich eine akute und chronische Pyelonephritis klinisch
- Laborchemisch bestimmte Parametern? (CRP PCT usw. auch die Erklärung der Begriffe, wo sind die gebildet und abgebaut)
- Schmerzmedikation?
- Was macht eine chronische Pyelonephritis im Verlauf? KNV , Schrumpniere , fibrotische Veränderung
- Wenn man sonographisch eine Verschattung perirenal sieht, was ist das? Abscess. Mit was noch wird sichtbar? CT , Behandlung? Je nach, Antibiose ggf.sonographische gesteuerte Punktion
- Komplikation von KNV ? Sekundäre arterielle Hypertonie

58-Fall:
Fragen:
-wie sichern Sie die Diagnose?
-was ist der wahrscheinlichste Erreger? •welche Medikamente würden Sie geben?
-was ist die Komplikation von Pyelonephritis? (Urosepsis).
-wie behandeln Sie denn? er wollte hören, die Behandlung erfolgt in der Intensivstation
-Ein Mann kommt zu Ihnen in der Notaufnahme, er wurde ohnmächtig
-was machen Sie zunächst? (EKG) dann hat er mir ein EKG gegeben und ich musste das EKG beschreiben (AV block 3). die Behandlung? Schrittmacher.
-wie sichern Sie, dass der Schrittmacher im richtigen Platz ist? (Röntgen).. an welche Komplikationen denken Sie hier? Pneumothorax.. dann hat er mir ein Röntgenbild gegeben und hat mich gefragt ob alles in Ordnung ist.

2-Niereninsuffizienz
1-akut und chronisch
2-Indikationen für die Ersatztherapie 131g von hier besser
3-Nierenversagen (akutes und chronisches, die Ursachen) , die Ätiologie prärenal , renal und postrenal
4-was sieht man im Urin?
5-Welches Medikament ist günstig bei diab. Nephropathie? ACE-Hemmer
6-Exsikkose (was sieht man in körperliche Untersuchung beim exikkose in alter Patient? Trocken Schleimhaut .
7-Warum ist beim alter Patienten exikkose sehr haüfig: trinken wenige Flüssigkeiten. 126g
8-Warum: ADP Funktion reduziert. ??
9-Was ist sehr gefährlich Bewusstsein Störung beim alter Patient: Delir
10-Alte Patientin würde desorientiert in zna eingeliefert, Vorgehen, Exzikose warum bei älteren Leuten? Elektrolyteentgleisung
11-Ursache und Behandlung für hyponaträmie und hypokalemie.
12-Wie soll die Reposition erfolgen, wann peripher wann zentral, wann oral, wie viel und wie schnell, Symptome?
13- Kalium unter 2, was machen sie? Was sind die komplikationen?
14- NNR Tumoren und Symptome.
-Was sieht man in Sono oder CT ist immer wichtig
-Nebennierenrinde Tumoren z.B M.Kon Cushing
15- Nierenarterienstenose

Mischung:
1- Fall:
2. Patient mit Harnblasenkrebs klinische Untersuchung, Tumormarke, Staging
3. 80-jähriger Patient, der aus einem Pflegeheim kommt, mit einem Hinweis auf Leukozytose im Urin- Stich
Frage: Was werde man tun müssen? Verfahren in diesem speziellen Fall, Arten von chr. HW- Infektionen, Therapie, Support, Prophylaxe. dort habe ich alles gesprochen, was mit HWI zu hat, wie es in den Protokollen steht.

Haematologie

137g

1-Anämie

1-mikrozytäre Anämie makrozytäre Anämie, normozytäre Anämie, Sichelzellanämie, Eisenmangel
2-Ursache von Anämie bei MCV 70.. Makrozytäre Anämie
3-dann Eisenmangel bestätigen wie? Ferritin und Eisen Spiegel nicht immer zuverlässig. Deshalb macht man Transferrin Sättigung, TIBC .... etc.
4-Bei MCV 120.. was die Ursachen.
5-B12 Mangel Ursache? Er wollte IF Mangel bei atrophischer Gastritis hören.
6-Wo wird B12 absorbiert
7-Anämie DDx von Makrozytäre und Makrozytäre
8-Pat. mit Müdigkeit und leichte Kopfschmerzen und Schwaches Gefühl
9- Anämie, klassifikation, DD, Beispiele für jeden
10- D/D, Anämie -Formen,Labor (da Anämie den frühesten Zeichen des Magen.Ka)
11- Ein Laborergebnis wurde gezeigt mit erniedrigter Hb und es soll.. Vorgehen bei einer Anämie bzw. Eisenmangel Anämie und Megalobelastik Anämie erwähnt werden.
12- Anämie mikrozytäre hypochrome das war Eisenmangel Anämie, Weiterführende Diagnostik für Abklärung eines Eisenverlustes.

13-Thrombozytopenie Patient(Thrombozyten 20.000) und Verwirrtheit ist direkt von andere Krankenhaus zu Ihnen gekommen zur Aufnahme in der Rehaklinik.
Diagnose? HIT. DD: TTP

14-Hemölyse Parameter (er wollte auch haptoglobin hören)
Thermophilie 145g

15-wie differenziert man zwischen Zelltypen.. zeigen die verschiedene Zelltypen im Bild-Lymphozyten , Erythrozyten, wenn Lymphozyten niedrig ist, dann was.
17-wie sieht lymphoblast.. ein bisschen über CLL .
Der Kollege war aufgeregt und hat gesagt seit Jahren hat er kein Mikroskop usw gesehen und so hat er nicht so viele Idee.
Der gleiche Prüfer : fragen bei mir: hat die gleiche Bild gezeigt und fragt nach

18- wie entsteht die Anämie? Verminderte Zufuhr, gestörte Bildung und Blutung , Anämie bei Tumoren wie wird ermittelt? Bei Blutung wie zeigt sich die Anämie ..bei kolon/Rektum .ca was wird entscheidet? Der Abstand von Anokutan Linie? In welchem Drittel ist die Rektoskopie hilfreich? Warum nicht in der oberen Drittel?

19- Anämie Definition. Formen mit Beispielen. Untersuchung

20- Fall:
Patient hat MCV 108, Hb 11,2.
Fragen:
-Wie gehen Sie vor? A: hyperchrome makrozytäre Anämie, Vit B12 oder B9 Mangel
-was ist die Ursache? A: A. Gastritis, Magen Karzinom, Ileum Erkrankungen
-Was machen Sie? A: ÖGS mit Biopsien, Ileoskopie, Antikörper gegen IF und Belegzellen
-über welchem Zeitraum machen ÖGD? A: bei A. Gastritis zur Überwachung, er sagte jede 2 Jahre.
-Behandlung Vit B12? i. m oder i.v Lebenslang.
21- Anämie :
was sieht mann im labor? Hb, MCV
-was ist das? Mikro/makrozytäre Anämie Ursache, Mikrozytär, Blutung, Eisenmangel, thalassämie, hämolytisch (habe ich etwas über Haptoglobin erwähnt etwas dass ich seit 10 jahre nicht gelesen habe!!)
-vit B12 mangel, (hier habe ich über Intrinsic faktor, Absorption vit B12 usw. erzählt
-was noch? Folsäure (was er hören wollte)
-Bei hämolytisch, was muss man haben? Habe ich Laut gedacht über die hämolyse, bis dass er LDH gesagt hat.

Thrombozyten 12 f
13-Wenn niedrig dann was?
14-alles über ITP(idiopathische thrombotische Purpura)
15- wie untersuchen: Knochenmark .
16-Therapie.. Cortison.
17- Dann hat er irgendwelche segmental blast oder so.. malen und zeigen .. ich habe gesagt keine Idee.. dann hat er aufgehört mit Hämatologie
18- Hämatologe wurde eine Slide mit CLL über Mikroskope gezeigt 😔 darüber gefragt
19-ITP ? https://next.amboss.com/de/article/jT0_q2?q=cll&m=iv0J-3#Z0a7ca3b7e9d4c1132db7304d3c9520d6

20-Gerinnungskaskade? (meistens oberflächlich, aber es gab tiefe Fragen) 11f intensive
Die unterschied zwischen primäre und sekundäre Hämostase

Eine Sepsis wird zwar durch eine Infektion ausgelöst,
für den Krankheitsverlauf ist jedoch die dysregulierte Immunantwort entscheidend!

21-Sepsis 41g 8f intensive

1-Sepsis: warum führt Sepsis zu Hyperpermeabilität und Vasodilatation (nicht nur Bakterientoxine und Körperreaktion, sondern auch Mechanismen!!)
2-Gerinnungsstörungen und DIC bei Sepsis (Mechanismen)
Was sind die vier Mechanismen für Laktaterhöhung?!
3- pt 70 Jahre mit Sehr starke Rückenschmerzen im thorakolumbal Übergang was kann das seien dann der pt hat pAVK und Gonarthrose, was ist die diagnose , dann pt hat CRP 200 was ist die Diagnose ?? Er wollte Sepsis hören dann Diagnose und Behandlung und die ursache für die Sepsis Erreger.
4- SIRs Kriterium ?
5-Didagnose von Spesis ? Therapie?
6- SIRS/SEPSIS. Kriterien? Wie behandeln sie eine Sepsis? Bluttransfusione. Was ist bed side Test und warum macht man?
4 Ursachen für eine Laktatazidose.
7- Fragen über Sepsis und Kriterien (SOFA)

22-Blutkultur

14f intensiv blutgruppe bedsidetest
23- woraus besteht ABO (Antigene auf der Erythrozyten)
24- was ist der kreuztest (= Coombs?Test)
25- Bluttransfusion (von Anordnung bis Komplikationen *bei Komplikationen ist die EK gesperrt um erneut zu prüfen -nicht weggelassen)
26- Thalassemia 141g 3f
27- Bedside test ?
28-Welche Blutgruppe ist die am hufgisten in Deutschland ?
29-Coomb's test ?
30- Wie viel Oxygen konsumieren wir pro Tag?
31-Antikoagulantien Typen ?
32-Azidose ?
33- plötzliche/akut. Hämaturie- Ursachen (er wollte über alle -itis und -Tumoren der Harnsystems wissen - Renal, Harnwege, Blasen, alle wesentlichen apparativen Untersuchungen und Behandlung
34- Fragen über Lymphom/Leukämie., Wer ist Virchow?
35- **Serumeiweißelektrophorese** auf Blatt Papier darstellen! dazu über Multiples Myelom.

36-Fall:
Pat. Blass und luftnötig und Stolikum. Wie gehen sich vor? Ekg, Rö, unauffällig labor
HB:7, wie sind die Normalwerte für Mann und Frau? Warum ist HB bei Männer höher? Testosteron MCV, MCH, Microzytäre DD wollte Thalassemia hören, thalassemia Klassifikation HB-Typen und Therapie.. Ein paar Fragen nach
5f hämolytische Anämie HUS, PUN, Kälte- Wärmeautoantikörper mit mikroskopischen Befunde!

37- was beim Pat. mit Blutgruppe B, wo ist Ag und wo ist Ak? (Antigene vom Typ B, Antikörper gegen.

38-Fall:
Pat mit AS Dyspnoe, Müdigkeit .
was kann sein?
was machen wir?
was kann man sein wenn in Echo nur eine leichtgradige AS.alle Sache habe ich genannt.er hat eine Labor gezeigt und war mikrozytäre Anämie.
was machen wir? welche Untersuchung?
39-Anämie (wie sind die Retikulozyten bei Myelodysplastischem Syndrom) sowie LAE (Wells-Score)?

40-während der Bluttransfusion der Pat. beginnt zu zittern, was machen Sie als erstes? er wollte "die Bluttransfusion sofort unterbrechen" hören.

41-2-Bluttransfusion 122g
(Kreuzprobe, Aufklärung, Bedsidetest und die Transfusion Reaktionen, TPE) therapeutischer Plasmaaustausch, TPA).

Labor:

1-Blutgasanalyse
1-was ist das ? Was sind die normale Werte?
2-Ein bisschen Ost mit respiratorischer und metabolischer Azidose.
3-BGA aber sehr einfach, ich habe ein Zettel bekommen mit normalen Parameter von BGA und dann unter eine respiratorische Azidose und eine metabolische Azidose (Ursachen). 101-444
4-Hyperkaliämie(Ursachen)
5- Bluttransfusion-Ablauf 122g

- CO-Intoxikation (wurde mir die BGA Labor gegeben, mit Carboxihemoglobin von 7,5%), Wenn COHb 30-40%-Hyperbarische Therapie
7- BGA(was ist Unterschied zwischen Arterielle BGA und kapillare BGA)
8- BGA >> war im Normbereich
dann hat der Prüfer gefragt wie sieht BGA aus bei Hyperventilation und bei Koma Diätetikum
9- BGA (Metabolische Azidose mit kompensatorische Hyperventilation)
10- BGA mit einer schweren respiratorischen Azidose nicht metabolisch kompensiert (nur Befunden).
11- BGA einem Jungen Patient, der Bewustlos ist. Metabolische Azidose respiratorisch kompensiert. Der Pat. hat kussmaul Atmung zusätzlich. Es geht um diabetische Ketoazidose. Das war.
12- Laktat normbereich, wo wird gebildet und abgebaut und bei wem muss es regelmäßig kontrolliert werden? Sprotler
13- BGA ((pH 7.09 , pCo2: 120 mmHg , pO2: 83mmHg , sätt. 93% , HCO3: 35, BE 2,5
was ist das? Behandlung?! ((Rep. Azidose + CO2 Narkose))>> hier wollte er ITS und NIV (nicht invasive Beatmung) ab CO2 60-65 mmHg , ggf intubation .

2- LDL und HDL und gesamt Cholesterin.
Wenn LDL hoch , dann HDL angucken. HDL gut wenn hoch?

3-CRP und Mechanismus Von CRP
was bedeutet CRP? Was bedeutet PCT?
wohin kommt CRP

4-BB
1-Was heißt Blutbild (kleines, diff...)
2-was versteht mann unter BB
3-was sind Beispiele der Leukozyten
4-Laborparameter der Anämie
5-was bedeutet Hämatokrit
6-wann ist er erhöht
7-Was heißt Blutbild (kleines, diff...)
8-was können wir finden? Auch Anämie. Warum? DD.
9- Kontrolle bb ? Thrombozyten
10- Anämie, klassifikation, DD, Beispiele für jeden.
11- Detailliert über Blutbild, Differentialblutbild
12- was möchten Sie machen ? Blutabnahmen
Was bedeutet CRP , PCT , D Dimer
13- was ist am wichtigsten beim Bauabnahme ?
14- nachdem wir das Desinfektionsmittel spritzen, sollen wir WARTEN 20 Sekunden bis es wirkt (das wollte er hören) , wer darf Röntgen anmelden ?

15- Was ist Blutbild (Erythrozyten, MCV, MCH, MCHC, WBC, Plt.)
Eine Pat. mit Hb von 10, MCH, MCV niedrig welche Verdachtdiagnose (Eisenmangelanämie DD bei chronischer GI-Blutung), welche Laborwerte bestimmen Sie noch (Ferritin, Transferrin, Eisen)
Könnte trotz Ferritin Erhöhung eine Eisenmangelanämie sein (Ja bei Entzündung falsche Erhöhung)
- Faktor 5 Leiden, ist das eine Mutation oder Mangel? Ist Luft im venöse Infusion gefährlich? Wie kann das zu Lungenembolie führen? Bei persistierende Foramen ovale, Wie heisst das? Pradoxale Embolie. Was ist gefährlicher atriale Septum defet oder ventrikuläre septum defekt? Warum?

16- Laborbefunde, welche ich interpretieren sollte:
sie waren über CLL, dann was ist CRP und wann es im Blut erhöht wird, dann über INR und Antikoagulantien und primäre und sekundäre Hämostase.

17- warum sieht man im Labor-Röhrchen Citrat? EDTA, Heparin, Venen vs Arterien

18- BB von einem Patienten mit Anamie makrozytare hyperchrome
Ursachen, dann vit b12 Mangel und Gastritiden a, b, c.

19- Laborergebnis mit der makrozytären Anämie erhalten, die ich Schritt für Schritt beurteilen sollte.

20-Laborergebnis mit Hyperbilirubinämie

21- Laborwete TSH: 14, FT4 : 1
-was ist das? Latente Hypothyreose, was danach?
Labor AK Bestimmung, welche, Trak, Tpo, Tg
-Welche Erkrankung kennen Sie? Hashimoto Thyreoiditis.

22-Bluttransfusion: Aufklärung (mögliche übertragbare Infektionen, welche ist höher HBV oder HIV? HIV ist seltener und beide sind sehr selten in Deutschland als Komplikation für Transfusionen,

-F: andere Komplikation ? Allergie., Vorgehen bei Allergie..
-F: Bedside-Test: warum neben dem Pat.? Habe ich viele Antworten gesagt, dann zu letzt war richtig: Um das Ergebnis mit anderen Pat. nicht verwechseln zu werden, dann verliert man die Aprobation bei Kompliationen wie Inkompatibilität. Blutgruppen und viele Fragen darüber z. B. wenn der Empfänger A ist was bekommt... und wenn AB, Null- negativ (0 negativ).

23--Was bedeutet MCV?
24-mittlerer Volumen einer Erythrozyt?
25-Was bedeutet wen MCV 110 ist? Vit. B12 und Folsäuremangel, makrozytäre Anämie.
26-Was kann die Ursache bei Vit. B12-Mangel sein? Im Magen Gastritis, Ulkus, Karzinom.
27-Welche Typ von Gastritis A, B oder C ? Ich sagte alle Typen. Er meinte nur A (autoimmun AK gegen Parietalzellen).
28-Wie kann man diese Typ bestätigen ? AK gegen Parietalzellen im Blut.
29-Welche Behandlung bei Gastritis A? Ich habe gesagt na ja vielleicht Kortison wie bei allen Immunkrankheiten.
30-Er lachte und sagte nein, wir müssen nur B12 substituieren, wie ? 1000 mcg s.c oder i.m. über 3 Tage, dann 1x Woche bis 1 Monat, dann 1x Monat und Kontrolle im Verlauf.
31- wenn oral ? 10 mg 1–0-0. Darf man überhaupt oral substituieren ? Na ja Parietalzellen sind kaputt, dann bei Gastritis A nur s.c. oder i.m.
32-Wie schreibt man Rezept von Vit-B12. Was soll alles auf Rezept stehen? Pat.-Daten, Arzt Unterschrift und Stempel. Reicht nur Stempel? Er meinte nein und muss Fachgebiet und Adresse von Praxis auch, also Arzt-Daten. Dann Datum, Das Medikament, Dosierung, Menge, wie gegeben z.B. 1-0-0.

33- Blutbild gezeigt : es war eine megaloblastäre Anämie mit Hb 4.4
Fragen:
-Diagnose? Ätiologie ?
34-Gastritis A und Therapie der Vit B12

Neurologie

1-Fußheberschwäche 1-2g
1-zentral und Peripherie Ursachen.
2- eine Junge Pat. Nach dem Urlaub, plötzlich Beinschwäche! Fragen sie mich! Ich habe gefragt seit wann, wie sieht es aus? Proximale Parese ? Ist aussteigend? Wie hochgradig? Dann sagte es ist eine akute neurogische Erkrankung welche mit Imunoglobuline behandelt wird. In eine Sekunde habe ich Blackout bekommen, dann sagte aber Guillain Barre Syndrom.
32g

2-Polyneuropathie DD 1-2g


-Kopfschmerzen 2-2g
1-DD, Schlaganfall, intrazerebrale Blutungen, Migräne, Cephalgie
2-Wie macht man die Diagnose? Klinisch. + MRT bei..+. Visuell evozierte Potenziale (VEP) Durchführung – Reizbeispiele Lichtimpulse
3-DD: Andere Kopfschmerzen beschrieben, Apoplex, Meningitis.
4-Migräne mit Aura vs. Apoplex.
5-Was muss man machen um zu unterscheiden? CCT.
6-Spannung Ks, Cluster ks, Temporalis Arteritis und Meningitis.
7- wann soll der Arzt eine Pat. mit KS weiter diagnostische Maßnahmen und richtig diagnostizieren werden. habe ich gesagt .
8- Was passiert Bein einem Schlaganfall? Minderdurchblutung wegen Thrombus, Blutung. Andere Namen für Schlaganfall? Warum sagt man dass "time is brain"? Weil wir noch die Penumbragebiet retten können.
9-Welche Therapie Möglichkeiten gibt es? Medikamentöse Thrombolyse, Kahteterismus. Wie viel Zeit haben wir für die Medikamentöse? 4,5 h.
31f intensiv 10-Was ist das Glasgow Coma Scale. Da habe ich das komplette Scala mit Punkte erzählt um Zeit zu nutzen😬.
11-Fall:
Die 67j. Patientin kam mit seit 3 Tagen Schmerzen im Frontalbereich links sowie periorbital, Übelkeit, Erbrechen, Verspannung im Nackenbereich ohne Bewegungeinschränkung. Kein Fieber, keine neurol.Ausfälle. Die Beschwerden seien sei 6 Monaten periodisch bekannt. Die Beschwerden verschlechtert sich bei lauten Geräuschen sowie in Licht. Sie habe ab und zu Ibuprofen eingenommen. Sonst leide an Hypothyreose, Arthrose Daumengrundgelenk links, Hypercholesterinemie. Sie nehme L- Thyroxin 75 Mikrogramm 1-0-0 . Symvastatin 0-0-1. Simvastatin
Die Patientin wollte selber gar nichts erzählen sondern nur nach Nachfragen, war schwierig
Anamnese habe ich nicht vollständig gemacht.. ich war so schockiert wegen Kopfschmerzen...ich habe nur Cholezyszitis nach meiner Intuition gewartet
neurol.Untersuchung...wie immer vergessen Stethoskop zu desifizieren(das war blöd: Desinfektionsmittel sowie Tücher waren neben Fenster hinter der Patientin, dass keine darauf schaut)...
Fragen:
-V.D., DD, ich habe erklärt, das es keine typische Pat.für Migräne,(sie gab noch bei der Untersuchung an, das N.trig.Ausgangspunkt li supraorbital schmerzhaft war, sowie hatte sie Verspannung im Nackenbereich
-Arthritis temp.hat er über Diagnostik gefragt (blut- Untersuchung- ich dachte etwas spezifisches aber nur BSG...
-therapie bei Migräne sowie Migräne Anfall(schmerzthetpietriptane, Kortison, diazepam).
1fneur

12- Kopfschmerzen, Migräne. Behandlung, besonders bei der jungen Frauen(ich arbeite in Gyn).

13-Fall:
Sie sind in ZNA und ein Pat. Klagte seit 6 Stunden Kopfschmerzen und rotes Gesicht _?
Fragen:
A: fangen wir mit Anamnese und KU, gut. Ich habe über fast alle möglich D/D gefragt und bei jedes Mal sagte der Prüfer nur Kopfschmerzen, alles in Ordnung, aHT war unbekannt.

Bei KU nur RR 230/200 sagte Prüfer.
-Wach von kleinem einfachem Test können Sie bei jeden KS machen, ohne den Pat. Zu berühren? A: nach langem Überlegen habe ich gesagt Pupillen Reflex war richtig, und
-wach noch bei Stethoskop ? ich habe überlegt , Arterienstenosen in Carotiden und Nierenarterien.
Kernig und Budzinski Zeichen (unauffällig sagte Prüfer)
-Wie macht man die Meningitis zeichnen?
-Wie gehen Sie vor? cCT, um Subarachnoidale Blutung auszuschließen, ja gut aber cCT ist unauffällig (sagte Prüfer).
A:Ich habe gesagt, wir haben nur erhöhter RR 230/200,
-was nennt man das ? Hypertensive Krise,
-wie behandelt man den ? langsame Senken der RR, um eine ischämische Apoplex zu verzichten. Nitroglycerin Spray sublingual, Wiederholung jede 10-15 Minuten, Urapidil.
Prüfer : Es gibt eine neue i.v antihypertensive Medikamente in Folie
-wie heißt er ? das wusste ich nicht, nicht schlimm (sagte Prüfer).
-Bis Wieviel RR können Sie den Blutdruck senken, bis Pat. Symptome frei ist ? 180 Systolisch.
-Pat. Ist jetzt zufrieden und hat nicht mehr Kopfschmerzen, was machen Sie weite ? Ursachen Suchen und wie. Hier habe wir über die Sekundäre Hypertonie Abklärung einziehen gesprochen,
-wie man die Ursachen ausschließen, z.B. TSH, fT3,T4, Glukokortikoid, Aldosteron, Katecholamin, Sono. Bei Phäochromozytome.

14-Fall:
67-jährige Patient hat sich wegen wiederkehrender stechender Kopfschmerzen vorgestellt, dies war lateralisiert links, 8/10 auf eine Schmerzskala, diese Schmerzen haben letzte Mal ca. 2 Tage gedauert. Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, keine Schlafstörung, sonst nicht besonders außer aHT unter 3 Antihypertensive Therapie als Vorerkrankung.
Körperliche Untersuchung: Komplet mit neurologischer Untersuchung ohne Unterbrechung.
Verdacht Diagnose (Migräne), DD (Clusterkopfschmerzen, aHT),
Fragen:
-Diagnostik Maßnahmen
-finden sie typisch Migräne für ein 67J Patient und lateralisiert Schmerzen? Habe ich gesagt nein, normalerweise am meisten Fälle sind Frauen und alte zwischen 30-40J.

Geschlecht: ♀>♂ (3:1)
Alter: Erstmanifestation meist zwischen 15. und 25. Lebensjahr

- welche andere Diagnose, habe ich gesagt Arteriitis Temporalis, Diagnostik Maßnahmen, Therapie. Augenschmerzen lateralisiert, akute Glaukome, sie haben keine Medikamente,
-was machen sie? Keine Antwort (sehr komische Frage), Antwort war hochdosiert Alkohol - Clusterkopschmerzen, Spannungskopfschmerzen

15-Fall:
Die Patientin 67 stellte sich wegen seit 4 Tagen bestehenden linkseitigen Augen und Kopfschmerzen vor. Die Schmerzen seien von, Lichtempfindlichkeit, Taubheitsgefühl in den Händen und Nausea begleitet. Auf Schmerz Scala mit 6 angegeben. Die Fragen nach Fieber, Emesis, Parese, Trauma, Sehstörungen, Synkope, Autonome Symptome wie Schwitzen, Palpitatipnen und Tränenfluss wurden verneint.
Seit 4 Monaten habe sie rezidivierende ähnliche Symptome gehabt.
Ich hatte den Verdacht auf Migräne und DD Glaukom, Cluster Kopfschmerzen und Arteritis Temporalis unter anderen erwähnt.
Der Prüfer meinte dass wegen Dauer (4 Tagen) und Alter (67) wäre Migräne unwahrscheinlich.
Fragen:
-Migräne : welche Alter ?
-Wenn die Symptome 4 Tage dauern wie nennt man das? (Status migraneous)
-was gibt mann dafür? (Corticosteroiden i.v) Prednison (z.B. Decortin®) 50–100 mg p.o. als Einmalgabe
-vorgehen? Labor mit CRP und BSG - z.A. von Arteritis Temporalus- cCT wegen Alter und weil die Patientin keine Bildgebubg vorher hatte (er MRT besser, ich denke um die Sinus Venous Thrombose auch auszuschließen) .
-Migräne Behandlung?
- DD?

Visuell evozierte Potenziale (VEP)
Durchführung – Reizbeispiele Lichtimpulse

Entzündung der Augenarterien (A. ophthalmica, A. centralis retinae)
einer passageren Durchblutungsstörung → Drohende Erblindung (anteriore ischämische Optikusneuropathie)!

Arteritis Temporalis : 14g2 amboss be
Symptome? (Sehstörung Amarusis Fugax : Warum ? Beteiligung von A. Carotis interna Gebiet und Discus Opticus
Er: noch retinal arterien, Claudicatio Masticatoris
Warum ? Mastication Muskel Ischämie,
wie sieht mann dass: Schmerzen beim kauen)

Diagnostik ? muss mann unbedingt Probe entnehmen (nicht unbedingt)
-was noch ? Duplex? Was sehen Wir? Halo Zeichen.konzentrischen, echoarmen Gefäßwandverdickung im Transversalschnitt.
-Behandlung: Corticosteroide
oder Methotrexat
-Was noch(wuste nicht, Antwort (IL-6 Hemmer um die Dosierung von Corticosteroide zu reduzieren , benutzt man jedoch nicht oft weil es teuer ist). Wie kontrielt mann den Verlauf unter Corticosteroiden ? CRP
Supportiv
Osteoporoseprophylaxe, Blutzuckerkontrollen (aufgrund der Langzeitbehandlung mit Glucocorticoiden)

11f Neuro DD Meningitis :
-Zeichen ? Erreger? Therapie ?
-Worauf müssen wir achten (Schnelle Antibiotika Gabe nach Blut Kulturen)
-die Rheinfolge von Behandlung (Erreger Diagnostik, Glucokorticoide, Antibiotika, bei erhöhten IC Blutdruck Zeichen erstmal CT kopf dann LP) .

-Bei solcher Frau in diesem Alter 67 und Kopfschmerzen woran sollen wir noch denken?
Ich: Intrakranielle Blutungen (vor allem bei Trauma unter Antikoagulanten), Hirntumoren und Metastasen. Richtig
-Eine alte Dame ist mit ICB gekommen und INR Entgleisung von 4,5 was machen Sie ? PPSB und Vitamin K .
-ER: Dosierung von PPSB ? wusste nicht. Er: so hoch wie es geht 15 / KG denke ich hat er gesagt dann).
-Vitamin K hilft nicht in der akuten Situation , aber spater.
-Behandlung ? je nach dem wie groß ist die Blutung, entweder Konservativ (Überwachung und RR Kontrolle) oder Neurochirurgisch. (Er wollte RR Einstellung hören , wie hoch soll das sein: max. 140 mmHg.).
Bei intrakranieller Blutung Frühzeitige Blutdrucksenkung: Zielwert systolischer Druck <140 mmHg
bei schämischer Schlaganfall Zielwerte: 180/100 mmHg für bekannte Hypertoniker bzw. 160/90 mmHg für Nicht-Hypertoniker

16-Fall:
Migräne Fall
Fragen:
4f -Merkmale-Unterschied zwischen (Clusterkopfschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Meningitis, Schlaganfall).
-Haupterreger für bakterielle Meningitis (Pneumokokke)
-welche ist schlimmer (bakterielle ist schlimmer als virale)
-Therapie (Ceftriaxon, Penicillin und Aciclovir
-Kortikosteroid nicht mehr und das wusste ich nicht)
-Dx bei Schlaganfall (CT-Angiografie wollte er hören)

4-Schlaganfall 4g 7f
1-Diagnostik ischämisch oder hämorrhagisch?
2- Ursache von Schlaganfall.. wichtig ist Embolie bei VHF.
3-Schwellung am Bein + Schlaganfall: bei TVT mit Formen Ovale.
4-Was ist Formen Ovale..6g Dx mittels TEE.
5-Patient mit Schlaganfall unklare Genese. Sie machen EKG. (ich musste aus EKG nur Diagnose sagen) es war Vorhofflattern.
Was braucht jetzt? Antikoagulation. (Diese Frage von anderen Kollegen:) Welche Gruppe kennen Sie? Welche ist besser?)
(Ursache, Symptome mit (anterior, Medien, und posterior Infarkt)
6- Fall:
Die Schwester ruft sie an, ein Patient kann nicht richtig bewegen und hat Sprechstörung.
Fragen:
-Was machen sie?
wieder systematisch Untersuchung besonders neurologische Untersuchung, Kraft, Sensibilität und Reflexion sowie Hirnnerven und Pupillen, Dann CCT, warum machen sie CCT um ICB oder Ischämie auszuschließen,
-was machen sie wenn eine Ischämie besteht.
-Patient in die Neurologie verweisen Stroke Unit
-Wenn Art. Cerebri anterior betroffen ist wo sind die Beschwerden am Körper
-Dann wenn Art. Cerebri. Media dann posterior betroffen ist wo sind die Beschwerden
-Was ist der Unterschied zwischen sprach- und Sprechstörung ?
-Was ist die häufigste Ursachen für Apoplex? VHF und Carotisstenose
-CHA2DS2-VASc-Score was ist das
-detailliert Fragen diesbezüglich, wenn Score bei 6 ist wie hoch ist die Risiko für Apoplex, das liegt bei 10% meinte der Prüfer

7- Fall:
Pat mit VHF und AV Block 1. Grad ist entlassen und später ist zuhause gestürzt und jetzt kommt mit seiner Frau Sie sagt das er sieht komisch aus etwas stimmt nicht?
Fragen:
-was machen Sie? Anamnese ausfürlich und Fragen nach Bewusstlosigkeit oder ob er gestolpert dann gefallen? er meinte er kann nicht erinnern ab er war nicht bewusstlos VZ abmessen und RR bei 220/100 mmhg?
-Ich habe gesagt das ist RR-Entgleisung Ich werde mit Nitroglyzerin Spray beginnen er sagt das ist nicht unsere Problem dann habe Ich nochmal nach neurologisch status uns Symptomatik gefragt er war zufrieden
-sagte Pat veränderte Vigilanz? Ich habe gesagt das kann entweder TIA oder Schlaganfall sein.
-er meinte wir bleiben bei Schlaganfall TIA ist heutzutage nicht mehr benutzt
-was machen Sie zunächst CCT

- CCT Bild gezeigt? sieht nach Ischämie aus Ich habe gesagt Ischäme nach Hirninfarkt wo kann das Infarkt sein Arteria Cerebri media korrekt.
-Was sind Therapiemöglichkeiten? wenn das akut ist lysetherapie und Thrombektomie je nach Zeitfenster
-wie sieht das im CCT Bild aus? hypodense Areal parietotemporal nicht irreversible schaden also nur überwachen und symptomatische Therapie
-zu diesem Punkt würde Ich dem Patienten neurologisch vorstellen um weitere Behandlung zu klären er war zufrieden.

8-Fall:
Hr.schmitz 64 Jährger pat. Der sich wegen kopfschmerzen li vorgestellt.
Als Begleitsymptome (Übelkeit, photophobie,)
Kein Fieber, kein weitere B-symptome. Keine Vorerkrankungen, keine Medikamente.
Fragen:
-V.d? Migräne aber mit 64j könnte auch viele DD sein
-Migräne Risiko? Behandlung? und über triptan NW
-Aritriitis Temporalis? symptome, diagnose, behandlung.
-Meningitis typen? symptome, diagnose, behandlung, welche Art ist gefährlich.

Lumbalpunktion erfolgt nur, wenn die cCT nicht eindeutig ist und keine Zeichen einer Hirndrucksteigerung aufweist (Gefahr der Einklemmung bei Liquorpunktion!)

-Was sollen wir bevor Lumbalpunktion machen? warum (CT)? um Hirndrück ausschließen.
-schwindel als Neurologische Ursache? Habe ich alles erzählt dann gefragt nach klein Gehrin?
-Wie untersucht mann das(Finger nase).
-Glaukome was ist das wie untersucht man das?

5-Meningitis 11f
1-Diagnose, was sieht man im BB und Liquorpunktion
11f intensive 2-DIC, Arteritis temporalis und polymyalgia rheumatica
7g329-444 3-Demenzerkrankungen (Diagnose, Definition des geriatrischen Patienten) 
Notrufnummer
4-Meningitis, Klinik, Erreger, Diagnostik,
-Lumbalpunktion, was machen bevor sie punktieren. Therapie. Anaphylaktische Schock nach Penicillin Allergie.

ntrazerebrale Blutung
ntrakranielle Blutungen

6-Hirnblutungen
1-Welche Sorten intrakranielle Blutungen gibt es und die wichtigsten Ursachen.
2-Wie kann man ischämisch von Blutung unterscheiden? CCT.mazh
3-Was muss man bei Blutung machen? Neurochirurgie.
4- epidurale Blutung und Subarachnoidalblutung. , wo befindet sich di Blutung und wie sollen wir diese Blutungen behandeln. (wo befindet sich di Blutung und wie sollen wir diese Blutungen behandeln).
5- Wie kann man zwischen subdurale und epidurale Blutung unterscheiden
6- SHT, hat Klassifikation gefragt.
7- Ersteinschätsung. GCS. Wollte aber über pupillen Reaktion hören, was meine 2. Antwort war. Was konnte man sehen. Anisokorie. Warum passiert es? Wusste ich nicht, hat er erklärt.

ipsilaterale Mydriasis ú
Kontrallaterale Hemiparese

7-Epileptischer Anfall 20g 14f
1-bei Ihnen in der Praxis gehabt
was machen sie? Notarzt anrufen, den Patienten von Verletzungen schützen, dann Diazepam, im Krankenhaus Intubation und Narkose mittels Propofol oder Midazolam bei Status epilepticus (nach 30 min.),
Was kann das sein (Ursachen)? Wie diagnostiziert man Hirntumor (cCT).37g
2- Epilepsie typen und Behandlung von Epileptischen Anfall. 
3- Was ist Epilepsie? Was verursacht Epilepsie? Welche Medikamenten können Epileptischen Anfall auslösen. Wie behandlen Sie? (habe nur Valproat und Lamotrigin gesagt, hat er nicht weiter gefragt)
4- Wie behandle ich eklamptischen Anfall.
5-Epileptische Anfälle und wie kann man psychogene erkennen
(Augen zu, schützen sich von der Verletzung, situativ, keine Mydriase)
6-Therapiemöglichkeiten: Diazepam, Lorazepam, Midazolam und Th bei Kindern (ich arbeite mit 7-Kindern bei KJP, deswegen hat er gefragt: Tavor 1mg bukkal/ Diazepam 5mg rektal/ Midazolam als Buccolam spray)

7- Fall:
Ein Patient auf der Station hat Grand Mal Epilepsie und Sie wurden aufgerufen
Frage:
Flumazenil.
-was würden Sie machen? Welche Medikamente? Diazepam Nebenwirkungen? Diazepam-Antidot ?
-danach hat sie mir eine EKG mit Kammerflimmer gezeigt, was ist das und wie würden Sie den Patient behandeln? Alles über Defibrillation bei Kammerflimmer.
-Röntgen thorax mit Pneumothorax, was ist das und was würden Sie machen? Welche Drainage?
-multiresistente keime, welche wissen Sie? Und wie kann man es verhindern? Isolation, Antibiotika nur bei Indikation und rechtzeitig beenden und mit entsprechenden Dosierung.



9-Delirium (Vorgehen) 19g

Therapie:
o allgemeine Maßnahmen : Überwachung, Rehydrierung bei exsikkierten Patienten, Absetzen aller nicht unbedingt notwendiger Medikamente
o niederpotentenNeuroleptika (z.B. Melperon), ggf. hochpotenten Neuroleptika (z.B. Haloperidol)

10-Parkinson 27g 17f

1-Symptome
2-medik. Tx habe ich nur L-Dopa erwähnt. Er wollte aber viel mehr und die Mekanismen von L-Dopa und andere Medik.
3- was passiert bei Parkinson und Typen ....
38g 4-Anatomie von Gehirn (Art. und auch die Gehirns Partei) gefragt.

11-Rückenschmerzen, Spinalkanalstenose, Bandscheibenvorfall



12- Die neurologische Untersuchung sollte nicht ausfürhlich durchgeführt, aber trotzem hat er Fragen über Sensibilität, Motorik, Kraft gestellt

13- eine Patient mit Optischen Halluzinationen ,kein do Doppelbilder und keine psychiatrische Erkrankung vorliegt ,dann hat er ein MRT von dem Fall gezeigt mesiotemporale Läsion, Die Diagnose war Herpes Enzephalitis ,wie gehen Sie vor
14-Liquor Punktion ,was sieht man in Liquor ,PCR zum Diagnose und Behandlung mit Aciclovir.
zwischen 4 - 5 wirbel
15- foramen ovale Funktion nicht benennen

12- **Restless-Legs-Syndrom** 25g 21f

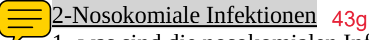
1-Fall:
Fragen:
-VD, DD, alle Polyneuropathien?
-Radikulopathien
-BSV
-Therapie
-L-Dopa NW.

13-Mischung Neuro: Schau dir mal das Amboss-Video an, es ist gut erklärt.
https://next.amboss.com/de/article/Uo0bYS?q=schwindel+%28amboss-kapitel%29&m=RxblwD#Zea5ca10e35ed16d60f9459cf950dcbb4

1-Fall:
Sie sind HA und kommt Pat. Mit Schwindel
Fragen:
-welche Schwindel Typen kennen Sie? Drehschwindel bei BLS und Muniere
-dann BD ok, und V.a Schlaganfall,
-wo genau? habe ich gesagt klein Hirn oder Hirnstamm
-klinisch was findest du in dem Patienten? habe ich gesagt Ataxie, Nystagmus, Desorientiertheit,
-was machtest du denn? schicke der pt. Zur CT, ok was kannst du noch machen in Praxis, EKG
- was ist die häufigste Ursache für Schwindel in Deutschland? er möchte etwas in HNO-Bereich hören.
Lagerungsschwindel

2-Fall:
Patientin mit Schwindel Schwindel | Vertigo
Fragen:
-Die Ursache? Zerebellar oder Klein Gehirn, Mittelohr, Kardiovaskuläre
-Wie zeigt sich die kleingehirn? Mit Gangataxie und einbischen tiefer aber ich bin nicht neurologin und habe ich nicht jetzt im Kopf.
Die typische Ursache des Schwindels tritt durch Ablösen der Ohrensteine (Otolithen) im Innenohr auf.
-Die Ursache für Mittelohr? Ich habe gesagt Otitis Media oder Benigne paroxysmale Vertigo.
-Was ist die letzte? Ein Positinale Vertigo sofort nach aufstehen oder Drehen. Was ist Ursache? Kleine Steine in Mittelohr.
-Was andere Symptome hat es? ich wusste also diese nicht. Aber Antwort: Nystagmus umgangssprachlich „Augenzittern"
-Andere Ursache für Schwindel bei Ohr? Ich: Meniere, gut
-welche besondere Symptome hat es? Hörenverminderung.
-Die Kardiologische Ursache für Synkope? wissen alle.

Infektiologie , Hygiene 39g 1f



1-Händedesinfektion, Substanzen, KISS-Protokoll


2-Nosokomiale Infektionen 43g
1- was sind die nosokomialen Infektionen?
2-Welche Krankheiten verursachen die nosokomialen Infektionen neben Pyelonephritis?
3- bei Blutkultur wie lange warten sie für Desinfektion mindestens 1 Minute max. 3 Minuten.
mindestens 30 Sekunden

3-Fieber 7F

1-Definition

2-DD

3-Physiologie wie entsteht Fieber was ist Schüttelfrost wie entsteht?

4-Bakterien (gram + und -ve) Staph , wie hat die Erreger Resistente entwickelt!

5- Fall:Patientin in Geriatrie nach Schenkelhalsfraktur hat Fieber auf Station wie gehen Sie vor ? Klinisch Keine Entzündung Zeichen .. wund war sauber dann was machen wir ? U status pathologisch was machen wir ? Sehr wichtig Blutkultur zu sagen. Welche Antibiotika? Sollte die Patientin beweglich sein oder nicht und warum ?

6-was ist Fieber?

7-Physiopathologie? 49g check

8-Ursache?

9-Was wissen Sie über Chagas Krankheit (kurz und sehr oberflächlich). 

4-Durchfall 9f 52g

1-warum schwarzfärbig?

2-paradox Durchfälle (Ein 81 jährige Pat. klagte über Leistungsverminderung und war blass und kachektisch in NA , RR 100/60 mmHg.

Berichtet dass, er vor einer Woche Verstopfung hatte, dann plötzlich Durchfall, kein Blut im Stuhl, Kreislauf stabil

Was ist ihre Diagnose, wie gehen sie vor?

3-Paradoxe Stuhlgänge, und Mechanismus

4-Diarrhoe nach Cephalosporin: clost. Toxin.. pseudomembranöse Kolitis(diagnostische Verfahren).. isolieren. Kein Anti Diarrhö wie Loperamid ---> Gefahr von Megakolon und Perforation.

5- Diarrhö im Winter... denk an Norovirus (häufig).

6-Was ist normaler Stuhlfrequenz?

7-Wie macht man rectal digital Untersuchung?

8-Was wird von der Untersuchung erwartet?

9-Patient mit Durchfall nach Antibiotika? V.a. Clostridium, Dx und Behandlung, Wie ist Stuhlgang?

10-MRSA, MRGN, MRSA (wie läuft die Sanierung, Risikopatienten, Rate in Deutschland um 20%)

Häufigkeit der Kolonisation
mit S. aureus (MSSA): Ca. ⅓ der Bevölkerung Deutschlands
mit MRSA: Ca. 0,5-5% der Bevölkerung in Deutschland



11- nur über MRSA (ausführlich)

12-Fall:

Junge Mann 25 J, Durchfall, wie gehen Sie vor…weitere Anamnese, Bauchschmerzen, V. a CED, Unterschied zwischen M. Crohn und U. Colitis, extra Abdominelle Manifestation. Vorsorge: Koloskopie b 50 J. Ein Jung ging im Wald und Kamm mit ringförmige Hautauschlag(was ist dass: ich habe nur Borreliose gesagt), typische Haut Läsion: Erythem Migran: Behandlung: Doxycyclin.

13- Typhus kurz geredet aber sie hat gefragt ob ich andere Typhus kenne…neine habe ich gesagt dann sie hat gefragt ob ich Salmonella Typhi weiß (hier bin ich nicht zufrieden: Typhus und Typhi sind zwei unterschiedliche Keim. .aber nicht reagiert. Koch mit Salmonella Positiv: darf nicht arbeiten. Typhi ist der Erreger des Typhus

14-Ein Patient ist aufgeklärt für ein Cholezystektomie, Blut ist abgenommen und hat ein elektiver Termin aber er arbeitet in der Landwirtschaft worauf sollten sie achten?

Er meinte wir sollen darauf achten, dass der Patient MRSA positiv konnte, da 70% der Tiere in Deutschland Antibiotikum bekommen.

15-welche Arten von multiplem resistentem Erreger kennen Sie? A: MRSA, MRGN, VRE, ESBL, VRE ist Vancomycin resistenten Enterobakterie. https://next.amboss.com/de/article/_f05K2?q=esbl#DpX17_

- was ist ESBL und Z. b (Extended Spektrum Beta Laktame, Z.b Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli und Klebsielle.
f3 wichtug
Extended Spectrum β-Laktamase

16-Fall:

Nosokomiale Infektion

-Definition

-Die Meiste Infektionen (Wund, HWI, Pneumonie) ?

-Umgehen mit MRSA

-Mann hat MRSA und braucht OP was machen Sie? (ich : Disinfizieren Versuch wenn nicht klappt Op am Ende des Tages ? Er; wir müssen es versuchen die OP soweit es geht ambulant zu machen Z.b. bei Hernie).

17-Fall:

Ein Patient aus Station hat Ampicillin genommen, hat Diarrhö

-woran könnte es liegen: Antibiotika assoziierte Diarrhö und Clostridium diffizil infektion,

-Diagnose und Therapie der Clostridium diffizil.

-Welche andere Typen von Clostridium haben wir und was machen die.

Clostridium perfringens Gasbrand (C. perfringens und andere) Anaerobe Zellulitis
Clostridium tetani Tetanus
Clostridium botulinum Botulismus
Clostridium difficile (nach neuer Nomenklatur Clostridioides difficile) pseudomembranöse Kolitis,

18-Fall:
Sie sind Hausarzt kam ein Patient mit Zahnschmerzen, blütige Diarrö und Bauchschmerzen, der Zahnarzt gab ihm verschiedenen Antibiotika wie Cipro und Clindamycin
Fragen:
-was machen sie? (Stuhlkultur bei v. a Clostridium und dann nach Hause),
-was soll zuhause machen? (Isolation und viel trinken)
-Was meinen Sie mit Isolation? (Er soll alleine schlafen, seine Material zuhause soll niemand anders sie benutzen und immer sie gut waschen, eine andere Toilette benutzen und ganz wichtig die Hände waschen nicht desinfizieren sondern waschen)
-Wie lange dauert die Kultur? (ungefähr 72 Stunden).
-Was sieht man in der Kultur genau von dem Erreger? (Toxin).
-Nach 3 Tagen wurde bewiesen dass er positiv ist und der AZ schlechter, was sollen Sie machen?? (Stationär aufnehmen) .
-Was sind Ihre Therapeutischen Maßnahmen? (viele Flüssigkeiten und Antibiotika).

Fidaxomicin 200 mg p.o. 2 x Tag für 10 Tage
Alternativen:
Vancomycin 125 mg p.o. 4×/Tag für 10 Tage
Metronidazo 500 mg p.o. 3 x Tag für 10 Tage,

-Mit welchen Antibiotikum fangen Sie an? (Vancomycin).
Er: naja Vancomycin ist teuer, etwas billiger bitte? (Metronidazol).
-Dosierung von beiden? (Metronidazol (400mg x3) , Vancomycin (125mg x4),
-Vancomycin als was soll er nehmen? (Oral),
-perflüssig oder Tabletten? (Tabletten). Ich glaube er meinte es gibt davon nur Tabletten oder sowas.
-Wenn der Patient kommt stationär, was sollen Sie machen??
(bei vieler Diskussion wollte er melden an Gesundheitsamt hören)
-Wenn der Pat die Therapie abbrecht, soll man das auch melden?(nein)

19-Fall:
Eine Patientin bekommt ein Antibiotika und zwei Stunden später bekommt sie Durchfall. Was machen sie? Was kann das sein?" (Da war ich nicht ganz siche was sie hören wollte und fing Pilot-Mode an) Es könnte eventuell eine unveträglichkeitsreaktion sein, ist aber ein bisschen ungewöhnlich, es könnte evtl sein das wenn die Patienein früher schon ATB bekommen hat das jetzt einfach nur die resistente Keime übrig sind
Fragen:
-Welche untersuchung würden sie machen? Stuhlkulturen
-was sucht man da? Pathogene keime woltte sie hören
-dann,warum kann es nach 2 Stunden Antibiotika zu durchfall kommen? Letztendlich wollte sie hören das bei eine gastrointestinale Chlostridien Infektion Toxinen ausgeschüttelt werden und da Durchfall kommt (ich habe da irgnwelchen Scheiß über enterotoxisches Syndrom erzählt)
-Warten sie auf Antibiogram oder wechseln sie Schon und auf welches antibiotikum wenn ja? ich habe da ein bisschen gezögert aber die Zeit war schon um und sie sagte man würde Metronidazol beginnen.

10-Hepatitis A (Labor, Andere virale Hepatitiden bei jeder Übertragung Wege)

11-Gastroenteritis

12-Was ist Meldepflicht und wo meldet man sich? Meldepflichtige Erkrankung (nur Beispiele)

13- zwischen Sterilisation und Desinfektion
14- Borrileose + Infektionsweg und (Keime bleiben in Magen der Zeche)

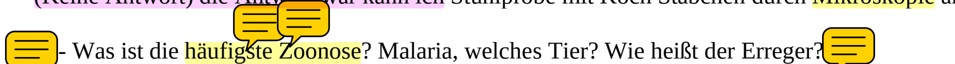
Die Zecke kann neben Borrelien auch das FSME-Virus übertragen!

15- Malaria
16- Nosokomiale infection ? Pseudomonas,etwas mit 3 Buchstaben? vGB, etwas so?ab?

17- Darmtuberkulose, Extrapulmonale Manifestationen der TBC, Diagnosis, Warum keine Blutkultur (sehr lange Generationszeit)

dauert bis zu 6 Wochen

18- Fragen über TB, welche Typ (haut TB, Meningitis TB, Lungen TB, HWI TB) dann der Prüfer sagte gab es noch eine häufigste Enteritis in der Welt, die durch TB verursacht wird , sagte ich Darm TB , ja , dann wie kann ich diagnostizieren?? (Keine Antwort) die Antwort war kann ich Stuhlprobe mit Koch Stäbchen durch Mikroskopie ansehen!



19- Was ist die häufigste Zoonose? Malaria, welches Tier? Wie heißt der Erreger?

20- Wie nennt man die von den Tiere in die Menschen übertragene Krankheiten? Nennen Sie ein paar? Was ist der Erreger und die überträger?viele Fragen nach Borroliose (fast alles) was ist Pandemie , Epidemie, Endemie?, er zeigt gelbe Unterlage, die war Arbeitsunfähigkeit, darf man wenn er krank geschrieben wurde , bummeln & verreisen?

Mischung:
1- Neuropathische Schmerzen mit Haut Veränderung was könnte sein - Herpes Zoster.
2- Pest, Erreger, und wie passiert anstecken.
3-Wenn Pat kommt mit Pocken, was sollen wir machen. Ich glaube wollte hier Prüfer eine Meldung hören.
4-wie heißen die Erkrankungen die von Tiere zu Menschen übertragen werden?
5-Welche Zoonose kennen sie?



6-Was ist die häufiste Zoonose weltweit?

 Abdallah Hamdan - Moustafa Hendy

7-Was ist Malaria?
8-Welche Mücke?
9-Welche Plasmodien kennen sie?
10- Borreliose die Stadien und Therapie?
was ist die häufigste Lokalisation für die Arthritis in Stadium 2? 3
Rechtes Knie?

Orthopädie/Frakturen (Prox Femur, Dist. Radius, Sprunggelenk, Beckenring, Olecranon, Kinder Frakturen) , nd Urozystitis
NICHT IN 99.

Orthopädie/Unfall

20F CHIR2 76g2



1-Unterschenkel, Radius (Distale radiusfrakturen: Colles, Smith. Sichere und unsichere Frakturzeichen. Was machen? Direkt Röntgen, man kann nicht untersuchen wegen Schmerzen und Dislokationsgefahr)

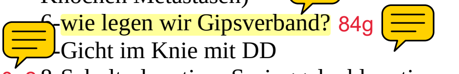
2-Oberschenkel, Oberschenkelhalsfraktur mit Femur Frakturen(ein alter Patient aus dem Bett gestürzt. Schmerzen im Beckenbereich und Oberschenkel. Wie gehen Sie vor? (Ich bin in Reha Klinik tätig, und sagte dass es muss unbedingt operiert werden) die Angehörigen fragen können wir 2-3 Tage warten und dann gucken wir? Warum proximale Femurfraktur ist so gefährlich?)

3-offenen Fraktur am Sprunggelenk, Beckenfrakturen, Grünholzfraktur, BWS/LWS Fraktur, Frakturen anderer Genese, pathologische Frakturen, offene Fraktur, TEP, (Oberarmfraktur: häufigste Typ-subkapitale Fx bei Frauen durch indirekte Trauma) (Heilung von Frakturen (primär und sekundär)



4-wo ist primär Erwünscht : gelenke, kein callous, kein arthrose später, sekundär bei Rohrknochen schafft, verleiht Stabilität (Hebel gesetzt hat der Prüfer gesagt))

5-Älter Patient kam in die Notaufnahme kann nicht auf rechte Bein eintreten >>Schenkelhals Fraktur, Fraktur Formen der proximale Schenkel. Symptome , Behandlung, in Anamnese Prostata wurde entfernt>>>pathologische Fraktur durch Knochen Metastasen)
6-wie legen wir Gipsverband? 84g



7-Gicht im Knie mit DD
90g2 8-Schulterluxation, Springgelenkluxation 106g2
9-Kompartmentsyndrom, Tourniquet Syndrom
89 g2 10-Osteoporose (ein bisschen Osteoporose Behandlung haben wir gesprochen. V)



11- Kompartmentsyndrom
12- **Fasziotomie** . (Kollege Unfallchirurgie) hinter Triangel, etwas so? Operative Spaltung von Haut und Muskelfaszie.
13- was bedeutet in Medizin Bruch? Fraktur und Hernie. Was sind die sichere Frakturzeichnen?
14- Oberschenkelfrakturen und Behandlung
15-Osteoporose (Diagnose , Behandlung)

16-Fall: Patient mit geschwollenen geröteten Knie nicht gestürzt?
Ich habe Gicht gesagt, wie bestimmt man das? Wenn Labor werte normal?
Was könnte noch sein? Entzündung, wie bestimmt man das? Wie behandeln? Soll sofort Op.

72g2 17-Pat. mit Schmerzen im Kniegelenk und geschwollene Finger? Was kann sein? Arthritis. Wie stellen sie Diagnose? Anamnese, Untersuchung Labor. Was suchen sie in Labor? Crp, Rheuma Faktor, und Antikörpern. Welche AK? Momentan sind mir nicht eingefallen. Behandlung? Nsar, Glucocorticoiden und Methotrexat. Was noch? Er wollte Biologicals hören und wie die genau wirken

Unterschenkelfraktur = Kombinierte Fraktur von Tibia und Fibula

18-Fall: Pat. mit Unterschenkel Fraktur in die Notaufnahmen, kein Op Möglichkeit, was machen sie? Schienen anlegen. Wie machen sie das und was für schienen gibt es? 😫 selber Pat auf der Station Schwester ruft Sie an, was machen sie? Schaue mir den Pat an. Was kann es sein? Kompartmentsyndrom . Was ist das? Ausführlich gesagt. Wie viele Kompartiments im Unterschenkel? 4, wie heißen die? Welche Nerv kann komprimiert werden bei jeder Kompartiment? 113g2

113g2

vorderes Kompartiment	N.fibularis profondus
laterales Kompartiment oder Fibularisloge	n:finularis superficicalis
tiefes hinteres Kompartiment	N.Tibialis.
oberflächliches hinteres Kompartiment)	N.tibialis

19- Fall: Kind, 5 Jahre ist aus Fahrrad gefallen. Kommt mit der Mutter in die Notaufnahme. Was machen Sie? Untersuchung, pDMS und Fraktur Zeichen. Welche Fraktur könnte er haben: Grünholz, distal Radius Fraktur. Was sind Colles und Schmidt Fraktur. Und dann hat die Prüferin eine lange Geschichte erzählt “”Jetzt sagen wir die Mutter hat noch ein Kind, 10 JA, sie sind alle in die Notaufnahme und die 10 Jährige darf nicht allein bleiben” ich: ?? was ist die Frage😭 Sie schicken das Kind zum Röntgen und der Radiologe ruft sie an weil er dass nicht so machen möchte. ich: huh? und ich sagte: es ist besser wenn die Mutter dabei ist, das Kind bleibt ruhiger. Nein, das ist nicht der Grund. ich: he?? Sie wollte wissen das ich weiß dass bei

Kinder man die Elterneinverständnis braucht. Dann habe ich gesagt: ah ja, bei Kinder brauch man immer das Einverständnis der Eltern, ich habe bloß die Frage nicht verstanden.



- Patient mit Oberschenkeln Halsfraktur Klassifikation, Chirurgie ?

2- (Fibula/einfache Fraktur/ +Tibia/ dislozierte mehrfach Fraktur/)
-wie gehen sie vor ? Ich habe Fragen gestellt er sagte geschlossene Fraktur aber er fragte
- welche Unterschied ist zwischen erste und zweite Grade der öffnen Frakturen? G1: von innen nach außen, G2: von außen nach innen welche osteosynthese wird bevorzugt? Warum ist Marknagel besser als Platte? Wann Fixaturextern? Welche Komplikationen erwartet mann hier? Was ist Kompartment S ?Was sollte hier untersucht werden (auch die Nerven nennen)? Wie wird es diagnostiziert? Welche Druck erwartet man und was ist normal? Was ist die Behandlung? warum kommt es bei geschlossene Reposition zum Kompartment S? Ist die puls noch tadtbar erhalten Pt wurde operiert , eine Komplikation ist aufgetaucht und er ist intubiert worden , dürfen wir seinem Sohn die Situation mitteilen? Nein wer entscheidet falls er kein PT Verfügung schon gestellt hatte? Das zuständige Gericht ordnet die Betreuung an , wir empfehlen & er entscheidet.

3-Fall:
Femurhalsfraktur Frau 75 Jahre alt gestürzt, Röntgenbild, was für Mechanismus, Abduktion und Adduktion, ob könnte man von Bilder sagen was für Mechanismus (das fand ich schwierig) aber die Fraktur war klar.
-Klassifikation Garden für die Perfusion sehr wichtig und Pawel für die Mechanismus.
-Dann Behandlung in diesem Fall TEP die Frau war aktiv vorher gewesen.

-Impfung aktiv Passiv , aktiv mit lebenden und schwäche Erreger oder Ag oder abgetötete Immunität Aktivierung und Antikörperbildung, bei passiver Impfung- Ig kurz wirksam.

-Pat. Keine Impfung, bei Fraktur was sollen wir machen? Tetanus aktiv und passiv.
-Warum Röntgen gefährlich für die Gesundheit ist, ionisierende Strahlung eine transatlantische Reisen gleich mit einem Röntgen Thorax. Schmerzen Klassifikation nozizeptive und neuropathische.

https://www.google.com/search?q=monteggia+und+galeazzi+fraktur&sxsrf=AJOqlzXAscYRkLrdHli

4-Fall:
- was von Radiusfraktur wissen Sie ? Colles Fraktur, Smith Fraktur, Monteggia und Galeazzi Fraktur.
-Wie behandelt man die Radiusfraktur ? Konservativ bei undislozierte Fraktur oder Operativ bei dislozierte Fraktur.
-Was von OP ? Platt und Schraube.
-Wo liegen wir die Platt ? Ventral. Es gibt heutzutage eine moderne Platt und Schraube,
-wie nennen wir sie ? Winkelstabil Plattenosteosynthese.



5- Schlimmste Frage: 5 Frakturen der Unterschenkel, mit Namen, Pest, Pocken(nicht Windpocken).

6-was sind Fraktur-Zeichen? (sichere und unsicher) Was sind die sichere? (Knochen Lücke- Deformität- radiologischer Nachweis)

7-Fall:
-welche Klassifikation kenne Sie für Femurhals Fraktur?? (Garden Pauel)
-was ist die Therapie für diese Fraktur in [illegible] (DHS)
-was ist DHS? (Dynamisch Hüftschraube)
-Was gibts andere Möglichkeiten (TEP und Hemi EP)



-viele tiefe Fragen über die Unterschied zwischen TEP und Hemi EP und DHS wann machen das und warum ? (Das wusste ich nicht)
8-was ist die häufigste Ursache? (Osteoporose) dann sagte was sind die 4 häufigsten Frakturen bei Osteoporose ?(ich habe nur 2 gewusst Hüftgelenk und Wirbel Körper dann sagte auch Radius und Oberarm).
8-Fall:
Beckenübersichtaufnahme.
-was Sehen Sie : es war eine klare Schenkelhalsfraktur G3 nach Garden.
-Welche eine andere Klassifikation gibt es? Pauwels
-Wie gehen Sie vor? Ich habe nach dem Alter gefragt sie hat gesagt nicht wichtig
Dann habe ich gesagt Wenn DHS nicht geht, werden ich TEP oder Bipolar Endoprothese machen. Sie sagte: nur TEP
Wie klären die Pat auf: (komische Farge)? A: ich soll der Patientin sagen, dass wenn sie nicht operiert wird, wird das Bein kürzen wird, trotz ich über den Komplikationen Sprach.

9-Fall:
Rö Becken bekommen.
-War femurhalsfraktur aber ich habe Beckenringfraktur
(das bild war nicht klar und ich habe auch später die Fraktur im Femur nicht gesehen)
- Klasifikation von femurhalsfrakturen? habe Pawel und Garden gesagt.
-Er fragte was ist die Grundlage von Garden?
-War irgenwas mit Durchblutung.
-Durchblutung von Femurkopf gefragt.

-Dann über PAVk klasifikation, habe ich nach Fontaine gesagt und erklärt alle 4 Stadien

10-Fall:
Grünholz Fraktur
Röntgen der linken Hand im ap und seitlichen Strahlengang,
was besonderes bei Grünholzfraktur?
welches therapeutisches Vorgehen?
wie viel Woche Ruhigstellung?

11-Fall:
Oberschenkelhals Fraktur
-Therapie und Klassifikation oberflächlich?
wichtig zu erwähnen Ope wäre ideal in 24 Stunden durchzuführen wenn Hüftep, wenn nicht innerhalb 6 Stunden wegen Femurkopfnekrose.

12-Fall:
Sie sind im Diesnt die Schwester ruft an Patient hat ein geschwollenes Bein.
-Was machen sie Untersuchung?
v.a tvt welche klinische Zeichen hat diese.
-Falls es auch blasen über die Haut gibt? Kompartmentsyndrom
-Was machen sie? Pt in die Chirurgie verlegen soll innerhalb 4 Stunden operiert.
-Chirurg hat keine Zeit, trotzdem Unbedingt verlegen.

13-Fall:

Röntgen zeigte sich Schultergelenk Dislokation
Fragen:
-Was machen wir um zu differenzieren, ob die Dislokation anterior oder posterior ist!?
hier war auch am bisschen kompliziert, da die Röntgenübersicht war Transskapuläre !! und die Dislokation was Antero-inferior!! ist das häufig oder nicht, die Antwort ist ja!!
-Was machen Sie jetzt? Neurovaskülare Verletzung ausschließen,
-wie? pDMS Kontrolle
-welche ?N. Und A. axilläre
-was machen Sie nachher, Reposition, wie !
-was machen Sie nach der Reposition!!?

14- Fall:
Ein Kind ist gestürzt, sein Arm tut weh.
Fragen:
-Was machen Sie? Inspektion der Arm. es könte Fraktur sein. Sichere und unsichere Frakture Zeichen, Röntgen.
-Im Röntgen sehen Sie nicht. Ist eine Fraktur ausgeschlossen? Nein! Bei Kinder sieht es man nicht immer im Röntgen. Es ging um Grünholzfraktur.
-Dann wie entstehen distale Radius Frakturen? Smith und Colles.


15-Fall:
44f
Rö li. Sprunggelenk mit Weber 3 Fraktur
Fragen:
-Was ist Weber Einteilung
-welche Einteilung für Knochen Fraktur kenne ich? habe ich AO Klassifikation gesagt.
-Wie gehen Sie vor, habe ich gesagt OP mit Platten und Schrauben?
-Was für Komplikation kann ohne OP passieren? Kompartiment Syndrom.
-wenn Pt. nicht nüchtern und hat Kompartiment machst du? auch die OP, habe ich ja gesagt Notfall ist Notfall.
-welche Komplikation kann noch passieren außer Wundheilungsstörung? Pseudoarthrose, was noch, TVT, gut was machen sie dagegen, habe ich gesagt Antikoagulation
-Antikoagulation typen gefragt.

16-Fall:
Rontgen mit Schenkelhalsfraktur
Fragen:
Klassifikationen, Therapie.

17-Fall:
Dislozierte distale Radius Fraktur mit Fragmentierung von Ulna
Fragen:
-wann OP und konservativ?
-welche Narkose muss man hier benutzen? Er wollte die Namen hören aber ich könnte nur dir Wirkung nennen.

18-pDMS und Therapieplan bei untere Extremität Fraktur? (Fast immer OP !),

19-Was bei Kompartment Syndrom Kaput geht? (Kapilläre Durchblutung)

20-was ist Durchgangsarztverfahren?
21- Definition für Durchgangsarzt
22-Was ist Unfall Definition?
23-Wieso ist BGA gut? weil BGA enthält Gebühr für Reha Rente Behandlung und präventive Maßnahmen. -Wenn Sie Zeit haben, versuchen Sie SAV und VAV und DAV zu lernen.

24-Fall:
Röntgenbild nach Unfall
1-was es hat? Rö Thorax PA Aufnahme, Rippen Fraktur und Hautemphysem

2-Wie entsteht Hautemphysem? Bei Lungenverletzung und mit eine Verbindung zu Außen oder bei Borhavee Syndrom oder bei Gasbrand aber nicht bei diese Patient nach Trauma.

Thoraxdrainage
3-Was noch ? Nach einige hilfe ich habe gesagt wenn Patient sich die TD raus zieht aber TD ist darin es kann nicht möglich sein er hat gesagt aber diskonnektierte TD kann sein.
4- Hautemphysem was machen wir ? Ich habe gedacht vielleicht konservativ und Monitoring ob es zunimmt und RÖ. kontrolle aber er sagte es kann zu Ausbreitung bis zum Hals und Atemnot und bis Hypogaster kommen.
Nun ich weiß nicht es war wegen die Pneumothorax (sage ich später) oder er meinte allgemein bei Emphysem nach Trauma müssen wir TD einlegen.
-Dann einbischen das Bild markiert in der Obenfeld Kleine apikalpneumothorax und Pneulinie habe ich gesagt.
Es war nicht so eindeutig ich habe das nach Markierung gesagt.
5- was machen wir für Pneumothorax? Drainage in 2 Positionen Bela bela bela alle wissen das Mechanismus von Spannungspneumothorax.

25- Fall:
Ein kind 5 Jahre Alt im garten verletzte wurde am Fuß.
Fragen:
-Was wurden sie machen? PDMS wollte er hören. dann Tetanus habe ich gesagt. Bei Kind in Deutschland ist am mesiten geimpft schon.dann barucht mann nicht.
-was würden sie noch tun ? Wund nähen wollte er hören
-Ein Kind dar keine Schmerzen haben was können sie mache? lidocaine habe ich gesagt.. wie gibt man das? welche medikamenten Gruppe) NA kanal Blocker wollte er hören.
-was macht als Neben Wirkung? Hertzrhythmus störung was noch? krampfanfall wollte er hören. -wie kann Mann wissen ,dass Lidocain IV gespritzt wurde? metal geschmack wollte er hören.

26- Fall
Kind von dem Fahhrad auf dem Arm runtergefallen.
Fragen:
-was machen sie ? sie wollte klinisch untersuchen und Ausschluss vom Fraktur erst klinisch machen.. dann mussen sie Röntgen machen? Ja .. warum ?
- wenn sie nichts im Röntgen sehen und der Patient hat stark schmerzen ? GrünholzFraktur ?
-was sieht man dann ? ich habe über intakt periost erzählt uzw aber sie wollte hören,dass mann muss nicht immer bei diese Fragtur was sehen.
-was machen sie dann : Kontrolle.. muss der Patient immer zu dir kommen? nein sie kann auch zum Hausarzt und ggf. Röntgen bei Niedergergelasse Radiologe wollte sie hören.

27-Fall:
Patient hat in Treppen gestürzt
Fragen:
-Wie gehen Sie vor?
-Der Patient hat linkzeitige Schmerzen und Krepitation, welche V.D?
-Therapie?
-Typen von Drainage?
-Sie haben keine Drainage jetzt was machen Sie? Nadel Stich? Venenverweilkanülen 12-14 g im 2ICR am am Oberrand der unteren Rippe
-Wo ? Ich sagte 2 ICR midklavikulär, er sagte ja auch 4,5 ICR Midaxilär ist gut.
-Warum soforte Therapie wichtig? Welche Lagerung Rt. Oder Link? Link um die Rippenbewegung und Schmerzen zu minimieren.
-welche Rippen Niveau müssen Sie unter nicht punktieren? 8 ICR
Kompression Frequenz/ Min? Ungefähr 100/min, Rhythmus?30:2, Defibrillation Indikationen?
-Medikamente bei Reanimation?
-Was macht Adrenalin?

28- Röntgen Bilder zeigen eine distal und Femurschaftfraktur
Ventilmechanismus
Fragen:
-Wie gehen sie weiter , welche Osteosynthose ?
-Wie bildet sich eine Thrombose?(Virchow-Trias)
-Welche Medikamente geben Sie den Patienten? (NMH mit Dosierung)

-Dann Frage nach Anti Koagulationen Arten und der Unterschied sehr oberflächlich).
-dürfen Sie das Op-Gespräch, die Aufklärung und die Einwilligung mit der Pat durchführen?

29- Femur Modell gegeben
Fragen:
-Teilen?
-wie heißt jedes Teil und welche Muskulatur sitzen sich am Trochanter Major.

30-Fall:
-Ein Fall patient aufgefallen Typisch SHF und Klassifikation
-2 Patienten einer 40 j und einer 70 j mit SHF
Fragen:
-welche sollen wir zuerst behandeln?
-Der 40 j da wir Huftkopf noch retten können , der 70 j bekommt sowieso Endoprothese .

31-Röntgen für Distale Radiusfraktur. Er fragte nach Wurzelknochen, MCP Knochen.
-Was von Fraktur? Und Therapie von dieser ?(Gips)
-worauf muss men bei Gips achten? (Nicht so fest, muss man PDMS vor und nach dem Gips , muss man den Patienten einen Kontrolletermin nach 24 Stunden für PDMS und Röntgen sonst sei der Arzt für Komplikationen schuldig).
-Wie lange soll Gips bleiben? (4 Wochen).
-Wenn der Arm dicker unter Gibs bei der Kontrolle wird, was soll sofort gemacht werden? (Spaltung des Gips).

32- Fall:
Es kommt in ZNA eine Frau, 85 Jahre alt, gestürzt, auf linke Seite, was denken Sie?
Schritt für Schritt Erklärung : Alt- Osteoporose wahrscheinlich- Gefahr Femurhalsfraktur- dann Untersuchung .

33-Fall:
Bild dann , das war ein Schenkelhalsfraktur, stabil oder nicht? Das war Abduktionfraktur, stabil, dann was für Klassifiktionen kenne ich, von Femurfrakturen:
Garden, Pauwells, Pimpkin, nur erwähnt.

34- Fall:
Pat. 45 J. ist auf ausgestreckten Hand gesturzt, er hatte schon ein Bild gemahlt und mir gezeigt
-was für Fraktur, es war Colles
-was machen Sie? pDMS und Gibs, er sagte besser Osteosynthese, dann sagte ich Plattenosteosynthese.
-F: Andere distale Radiusfraktur?

35- Rö Bild mit Schulterlux.
-Prüfer wollte dass ich die Lux ausführlich beschreibe (das war anterior inferior Schulterlux ich wusste das nicht).
-Was sollen wir in ZNA mit dem Pat machen (Rö in 2 Ebenen, DMS)
-was dann (wenn nur Lux dann Reponieren)
-welche Reponierung kennen Sie
-was muss man nach Reponierung machen (wieder Rö und DMS dann Fixierung).

36- Fall:
ein kleiner Junge der vom Fahrrad gefallen wäre, Schmerzen im rechten Unterarm hätte in nähe der Hand und heulend mit der Mutter zur ZNA kam.
Fragen:
-Wie würden sie vorgehen? Also erst Fragen über Unfallmechanismus (Mutter hat nichts gesehen sagte sie), dann körperliche Untersuchung (der Junge brüllt nur und lässt sich nicht untersuchen,
-was machen sie? Ich dacht da das ich nicht direkt Röntgen sagen sollte (kleines Kind Strahlenschutz, dacht es wäre eine Falle) deshalb sagte ich mann könnte eventuell ein Ultraschall versuchen ob man da was sehen könnte da es ein kleines Kind ist und Strahlenschutz und so weiter.
-Könnte man vieleicht, ist aber nicht sehr hilfreich, was mehr? Dann sagte ich Röntgen
-Welches? Röntgen unterarm in ap und lateral
-Was könnte man da sehen? Man kann direkt eine Fraktur sehen oder ggf eine Grünholzfraktur 
-Was ist das? Warum passiert so etwas? Kinder haben elastischere Knoche, daher kann eine Fraktur passieren ohne das der periostium sich unterbricht und mann sieht da zub der der Knochen gebeugt ist
-Ok, super. Man sieht jetzt nichts im Röntgen. Was dann? Welche sind sichere Frakturzeichen in der Klinik? Verlust der Knochenachse, große Weichteilschäden (wie bei eine offenen Fraktur), dann viel mir nichts mehr ein
- welche sind dann unsichere Zeichen?” Schmerzen, Rötung, Schwellung weil es auch eine andere ursache haben kann wie zB etwas entündliches (sie war schon zufrieden)
-Also, jetz sieht man keine Fraktur. Was jetzt? Geht der Pat einfach so? Nein, wir würden empfehlen ruhigstellung und Analgesie
-Ruhigstellen wie? zB ein gipsverband oder eine Schiene
-Welche art gipsverband würden sie benutzen? Zirkular, semizirkulär offen? Semizirkulär weil es die gefahr gibt der Schwellung und wenn es geschlossen ist und die Schwellung zunimmt kann es zu ein Compartment Sx kommen

-Würde man im Verlauf nochmal röntgen? Ja, in ein Paar wochen um die Fraktur sicherer auszuschließen
-bei Kinder was kann auch gefährlich sein? Metaphysäre Fraktur
chstumsstörung bei Schädigung der Wachstumsfuge
-Warum? Weil es den Knochenwachstum verhindern kann (war schon zufrieden)

37- Rö Y-Aufnahme re. Schulter mit Antero inferioren Luxation.
Fragen:
-Warum 2. Aufnahme? Weil wir in eine Ebene nur 2 Dimensionen sehen, dann hat er gesagt mit der 2. Ebene sehen sie dann 4 Dimensionen? Nein nur 3 insgesamt.
Transskapuläre Aufnahme (= Y-Aufnahme, Scapula-Tangential-Aufnahme stellt vor allem die anterior-posteriore Luxationsrichtung dar.
-Dann dieser Pat. Kommt zu Fuß in der NFA, (d.h. gutem AZ nicht über schock, monitoring, u.z.w. diskutieren)
-wie halt er der pat? Haltender Unterarm mit dem kontralateralen Hand auf dem Bauch. Ich habe es gezeigt.
- Was machen sie jetzt? pDMS überprüfen , und dann? Geschlossene Reposition unter Kurznarkose. Aber vorher? Anästhesie informieren, dann? Aufklärung.
-Wie machen Sie die reposition ? Ich habe eine ausführliche beschreibung gemacht.
-Wie heißt die Methode? reposition nach Kocher.
-Wie Heißt die erst historische Methode? Wusste auch nicht (nach Hippokrates)
-welche andere machbare Methode ohne Anästhesie kennen Sie? Arlt
- Nach der reposition was machen Sie? Rö, und pDMS Kontrolle, war sehr zufrieden, warum? Um zu überprüfen dass bei der reposition nichts betroffen war.
- warum DMS überprüfen VOR und NACH reposition? Hier habe ich gesagt, falls er schon Schädigung hatte, kann er nicht klagen und sagen ,dass der Arzt das gemacht hat
-Dann was noch ? Schultergelenkorthese.
-Wie heißt das? Gilchrist verband.
Gilchrist-Verband jedoch für 2-6 Wochen
-Beschreibung? Schultergelenk innenrotiert, Ellenbogengelenk 90grad.
-Wie lange? hier habe ich gesagt, 3-5 Tage und wollte weiter gründen hat mich unterbrochen und gesagt zu wenig. Ich sagte meist Patienten schmeißen das weg nach 2 Tage, da sie keine schmerzen mehr haben und es nicht angenehm ist
Hier habe ich gesagt 10-14 tage MAX, da ein gefahr für Versteifung gibt.
-Der Pat. ist handballspieler, wann darf er wieder spielen? Min. 6 Wochen.
-Derselber Patient kommt nach 3. Luxation. Was machen Sie? Hier OP empfehlen, Arthroskopie mit kapselnaht.



85g14f ch2

5-Polytrauma

-Patient kommt in der Notaufnahme,
1- was machen sie, übergäbe mit Notarzt,



2-ABC Schema, alle Buchstaben nennen, Trauma Spiral als neu schnelle Diagnostik,
3-FAST
-Wo sehen genau?
-Morrison Pouch: zwischen Leber und Niere
- Collor Pouch: zwischen Milz und Niere
-Douglas Pouch: zwischen Rektum und Blase
= Proust-Raum) (♂): zwischen Harnblase und Rektum
= Douglas-Raum) (♀): zwischen Uterus und Rektum
-epigastrium: Pericardium Nachweis .
- Sonographie in welchen Bereichen wird benutzt. Was Beurteilen Neurologen, wenn die Schläfe schallen.
- Was machen wir bei jedem Teil? FAST?
- Was ist e-FAST? Warum sammelt sich Blut in diese Räume? Damage Control Konzept?
Tiefpunkte erweisen, wenn ein Patient in Rückenlage liegt

4-warum sieht man Flüssigkeit in Morrison Koller und Douglas Raum : weil die bei liegendem Patient die Tiefpunkte sind (ich habe gesagt durch achwerkraft sammelt sich die Flüssigkeit in diesem Bereich)
5-Sie haben einen Anruf bekommen, Polytrauma Patient kommt zu ihnen in der ZNA. Was machen sie zuerst ich habe gesagt : schokraum Team informieren und ITS ! Schockraum? Schock Team? Übergabe, ABCDE SCHEMA (intubierte Patient), Fast, E-FAST, Hypothermie.
14fch2
117fch1
6-Spannungspneumothorax ALLES Mechanismus.. ! Wo legen wir Drainage? (Wollte Safe Triangel hören und ich habe das am Ende gesagt ?) Wie heißt diese Drainage?
7-Herzversagen Pathophysiologie bei Spannungspneumothorax?
8-Bei Fahrer ist tot was bedeutet das für unsere Patient. Patient verliert Blut (Hämothorax).

9-Polytrauma Definition,
10-Vorgehen in Schockraum: ABCDE, FAST , CT+CTA.)
11-Patient hat gleichzeitig Leberruptur und Epiduralhämatom. Wer muss erst operieren ?
12-Allgemein Chirurg oder Neuro? Allgemein ist richtig
Allgemeinchirurg Allgemeinchirurg Allgemeinchirurg
13-Dann Patient hat mehreren Frakturen am Bein, Oberarm.
14-warum sucht man die Flüssigkeiten in den bek. Areale? Effekt von Schwerkraft.
15-Trauma Spirale. Pat hat Contusio Cerebri, freie Flüssigkeiten, Leberriss, mehrere offene Frakturen der Unteren Extremitäten, ist instabil.
Wer darf zunächst operieren? Viszeral wegen Leberriss (treat first what kills first) Der Unfallchirurg wollte sofort alle Frakturen operieren, lässt ihn zu? nein, erst Fix. Extern dann nachher OP (Damage Control, war mir nicht bewusst)

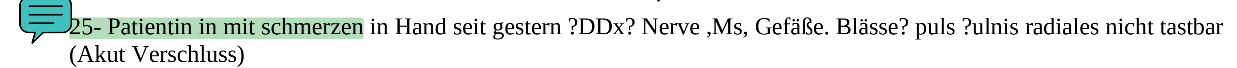



16-Reanimation sehr detaillierte Fragen. Z.B. arten von Beatmung, sehr kleine technische Fragen, bis die Dose von Schockstoßen und alles über Defibrillator(steht in Amboss),
17-wie transfundieren wir wenn ein EK , also Bluttransfusion mit den möglichen
18-Komplikationen und Bedside Test
Schock (typen, Circulus Vitiosus, Multiorganversagen, Schockindex)
19-Ein Fall wurde erzählt, Diagnose war Schock. Fragen über verschieden Typen von Schock. Wie gehen Sie bei Schock vor? Bei Welchem Typ von Schock darf man nicht Flüssigkeit substituieren? Kardiogenic
20- welche behandelt man erst (Leberblutung oder Hirnblutung) wenn sie gleichzeitig da sind? Leber, weil es kurativ ist
21- Reanimation (die Reihenfolge ... wo genau ist der Druckpunkt bei Kompression ?)

21- Pat kommt in Unfallaufnahme mit Oberschenkel Fraktur.
Wann muss er operiert werden? Bei der Op hat er Hb- 7,5. Was machen wir? Bluttransfusion, PPSB, FFP(wie viel?), worauf müssen Sie bei der Bluttransfusion achten?(Kalzium usw.). Bedside Test- wofür?
22- Pat. mit kalten Arm und blassen Arm, Diagnose, Ursachen?

23- Pneumothorax Drainage Arten (Bülau und Monaldi
-Hyposonor und AG abgeschwächt, was kann sein? Pneumothorax,

24-Mann hat VU und hat er Supputation des Bein und der Rettungsassistent hat Verband gemacht was machen Sie? Ich habe gesagt schnell Untersuchung ABCD Schema dann hat er mir gesagt Pat. ist stabil. Pat. Hat Viel geblutet was soll ich machen ich habe gesagt Infusion und Kreuz-Blut und Op. Dann hat er mir gesagt Pat. Ist Tot weil. Weil das Blut dauert Stunde ungefähr , Dan hat er mir gefragt Wir liegt Mann eine ZVK.



25- Patientin in mit schmerzen in Hand seit gestern ?DDx? Nerve ,Ms, Gefäße. Blässe? puls ?ulnis radiales nicht tastbar (Akut Verschluss)

26- Jung Patient Schmerzen am Hoden nach aufstehen vom schlafen vd? Hodentorsion, Schnell o.p

27-20 jähriges Mädchen kam mit unterbauchschmerzen rechts , was ist die DX? Ich hab gesagt erhebe ich kurze Anamnese, Bauchuntersuchung dann wird es entschieden, welche Labor und Apparative Diagnostik erforderlich sind. Er sagte ok Patientin hat Übelkeit, seit gestern nicht abgeführt, DG sind hochgestellt. Patientin wurde vor 3 Jahre Appendektomie, B-HCG ist negativ und keine urologische relevanten. Was machen Sie weiter? Ich hab gesagt Sonographie und Röntgen Abdomen im Stehen

28- pat. gestürzt auf die Treppen in KH . Was mache ich. (ABCD Schema) Ich gesagt Rippen Fraktur und ist Luft nötig? Traumatische pneumothoraxß. dann über sofortige Therapie, Position der pat. Bis zum OP. Also CT- spiral und Hämatom in Milz Bereich. Wie lange soll der pat. in KH bleiben. (Minim 2-3 Tage, nicht vergessen Chirurg. Konzil) .

29- pt auf Straße nach Unfall hat Unterschenkel Fraktur , was machen sie , Klassifikation von Frakturen, offene und geschlossene Frakturen , Klassifikation von Offene und geschlossene Frakturen , wan muss operiert werden und warum .

30- Schulterluxation, hat Bilder gezeigt, Behandlung, Vorgehen in der Notaufnahme, welche Plexus kann betroffen sein ? Komplikationen dazu

31- Klavikula Fraktur, OP oder nicht ? Er hat wieder Bilder gezeigt.



32- Eine Patientin 24h nach der Femurfrakturoperation hat plötzlich Dyspnoe.
Was ist die Diagnose, die Therapie, wie gehen Sie vor?
Diagnose: Lungenembolie Die Laborwerte der Patientin von Kreatinin liegen bei 1,8.
Welche Therapie empfehlen Sie? (Wegen Niereninsuffizienz KEINE Niedermolekulare Heparin) Welche andere Möglichkeit haben Sie außer medikamentöse Therapie? Thromboemboliektomie, kurz dieses Verfahren erklären. Lungenembolie Ursachen(Fettembolie, Luftembolie, Plzanta-Embolie).

33- Eine 64-jährige Frau ist gestürzt und dann kann nicht richtig atmen. Was ist Diagnose?
Was ist Notfall-Therapie?
Bei einem Pneumothorax wird meist im 2. oder 3. ICR Medio klavikular eine Monaldi Drainage gelegt; bei einer notfallmäßigen Entlastung wird eine Monaldi-Punktion (z.B. mittels großblumige Flexüle) in diesem Bereich durchgeführt.
Bei dieser Patientin wurde Rippenfraktur diagnostiziert, und Pneumothorax wurde im Krankenhaus behandelt und nach ein paar Tagen entlassen.
Nach 3 Tagen ruft ihre Tochter Sie an, und erwähnt, dass die Mutter wieder Dyspnoe und Husten hat. Was ist Ihre Diagnose und DD? Die einfachste Therapie? Wegen der Schmerzen infolge einer Rippenfraktur kann die Patientin nicht richtig und effizient atmen.
Atelektasen infolge oberflächlicher Atmung mit Minderbelüftung (Hypoventilation) und/oder Sekretretention in den Bronchien und kann zur Pneumonie führen.
Deswegen sollte die Schmerzen reduziert werden, dann kann die Patientin besser atmen. Die einfachste Lösung ist Schmerzmittel und Atemgymnastik zu verschreiben.

34-Fall: ein Patient kam in die Notaufnahme 65 J , Raucher , Adipositas und hat plötzlich Thorakal Schmerzen , habe ich die D.D. erwähnt dann hat der Arzt mir ein Röntgen gezeigt, das war Spannungspneumothorax : Röntgen Beschreibung, Behandlung , Drainage, wo, wie kann man die Drainage rausnehmen und wann? Und warum hat dieser Pat.. (trotz kein Trauma) gehabt? Stark Rauchen ~Emphysem ~Pneumothorax COPD → Ruptur einer Bulla bei bullösem Emphysem

35-Fall: der Pat wurde bewusstlos in der ZNA gebracht, Reanimationsprotokoll

36-Fall: Der Pat mit langjähriger C2 Abusus und chr. Pankreatitis kommt in der ZNA mit stärksten OBS, hat mir CT Abdomen gegeben: Dg. Thrombose v. Arterie mesenterica Superior 😑Therapie und weiteres Vorgehen

37-Fall: Dann hat mir gefragt über ein Pat kam zur Notaufnahme luftnötig DD (LAE, Pneumothorax, akut exza. COPD, und Herz Insuffizienz) sagte ja was sollen hier erste Frage Fragen? Sagte ich seit wann haben sie Dyspnoe und ist das plötzlich oder langsam begonnen??
Sagte der Prüfer nein seit einer Woche und seit 2 tagen schlimmer geworden, dann sagte wir sollen eine Rö. Thorax und Labor werte bestimmen, im Rö. Thorax was kann man finden(ich sagte Infiltrat, Stauung, Pleura Erguss, vergrößerte Herz und s.w , dann sagte er wir haben im Rö. Thorax eine Stauung gefunden, Ich sagte das bedeutet es ist Herz Insuffizienz

38- Fall: Notarzt hat einen Patienten gebracht, der Pat ist gestürzt und der Notarzt hat eine Unterschenkel Schiene gelegt, was sollen Sie den NA fragen ? ich habe alles über Anamnese bekannte Allergie oder Med genannt aber der Prüfer war erst zufrieden nur als ich sagte ob das eine offene oder Geschlossene Fraktur ist . Einteilung von offenen Frakturen nach Gaustilo? wann können wir die Schiene abmachen? erst im OP, dann hat er mir eine Röntgen gezeigt , das war OSG Fraktur Weber C , OSG Einteilung nach Weber
wie behandeln wir? Welche Antibiose
wenn der Pat nicht Nüchtern ist wie können wir die Narkose machen (Spinalanästhesie und wenn der Pat Kontraindikation hat dann machen wir Blitzintubation oder Ileuseinleitung >> ich arbeite in der Anästhesie) und dann haben wir über

39-Fall: Fall vorgestellt : Pat 80 Jahre alt ist auf dem Kopf gestürtzt und nimmt Marcumar wie gehen Sie vor ? ABCDE Schema, Vitalzeichen und dann cCT
, welche intrakranielle Blutungen sind möglich und dann hat gefragt welche venöse Blutung(Subdural) und welche arterielle Blutung (Epidural) häufigste Urasache von SAB

40-Fall: 26 jährige Patientin hat seit gestern Abend heftige Bauchschmerzen und starke Erbrechen. Das war Ileus, dann Röntgen Abdomen gezeigt, zentraler Spiegel, also Dünndarm Ileus. Was ist die häufigste Ursache für Ileus in diesem Alter? Hernie
Hernie Typen? Die häufigste Hernie bei Frauen?
Schenkel Hernie Zeichen?
Darm Blutversorgung?

41-Fall: Pat. im schockraum, wie gehen sie vor? Habe ausführlich ABCDE, FAST und eFAST berichtet.

42-Fall: Schwester ruft von Station an weil ein Pat. der Blutverduner nimmt auf den Kopf in den Treppen gefallen ist. Was machen Sie ? KU, Bewustlosigkeit, neurolog. Auffalligkeiten.. Prufer : alles unauffallig. Ich habe verstanden dass er uber CT horen mochtet aber ich habe leider gesagt wir machen kein CT weil keine Indikation gibt. Sind Sie sicher ? Ja. Prufer : Ich glaube CT ist notwendig. OK, Was kann es sich im CT zeigen ? Hirnblutung. Mogliche Lage der Blutung ?

43-Fall: Sie sind in der NFA, eine Familie bringt eine alte Dame die Blutverddduner nimmt mit Blutung im Stuhl, was machen Sie ? Was sind die mogliche Ursachen ? Was blutet vom Mund bis zum Anus ? DOAKs nennen ?

44-Fall: Sie sind in der NFA und sie sehen dass die Schwester ca. « zwischen Daumen und Zeigfinger » Luft in einer i.v. Infusion spritzen will. Sind Luftbläschen im Infusionsschlauch lebensgefährlich? Ja. Ab wie viel ml ? Was konnte die Konsequenz sein ? Luftembolie. Wohin geht die Luft ? ins Herz.

45-Fall: NFA mit glaschen im FuBsohlen, was machen Sie, Welche Typen von Impfung kennen Sie (aktive und passive), was ist Tetanusimpfung.

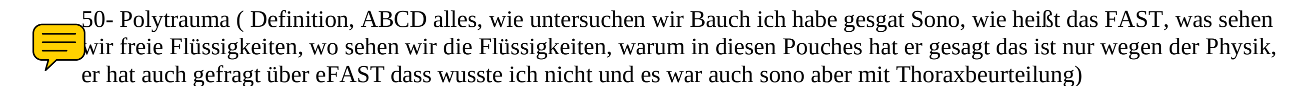
46-Fall: Pat. mit einem rotem geschwollenen schmerzhaftem Knie die häufigsten zwei Ursachen (wollte Gicht sowie bakterielle Arthritis hören)
Was machen wir Diagnostik bei bakterieller Arthritis (Kniegelenkpunktion)

47-Fall:
ein Junge Mann 2 Jahre Alt kommt mit starke Luftnot. Was machen sie? Also zuerst die Allgemeine Maßname, O2, arterille BGA. Welche Verdacht? PNX. Dann PN- Ätiologie, Spannungspneumothorax. Was machen sie? Drainage. Der Patient wurde gut behandelt. Was machen sie um eine Rezidiv zu vermeiden? Ich wusste dass ehlich gesagt nicht, dann hat er gesagt ggf. Bullektomie. Dann welche andere Ursachen könnten diese Beschwerden verursachen? Dann LAE, was machen sie? Wenn der PAtient dazu auch Fieber hat, an was würden sie denken? Ich habe gesagt Pneumonie. Ja, welche Formen von Pneumonien gibt es und warum is das wichtig zu wissen? Wegen antibiotische Therapie. Was können sie noch außer

Infiltraten in Röntgen sehen? parapneumonische Pleuraerguss. Wie würden sie es behandeln? Wenn minimal konservativ. Und wenn Punktionswürdig? Dann Punktion. Ok, sie machen Punktion sie sehen das da kommt Eiter raus. An was denken sie? PLeuraempyen? Was machen sie? Drainage

48-Fall:
Patient jung, in der NA mit Luftnot. Sie sehen in Monitor dass beim Einatmen ist er tachykard und beim Ausatmen wir die Herzfrequenz unter. Wie nennt man das? Respiratorische Arrhythmie. Warum kommt das? Was sind die Puffer? Nennen sie ein paar Physiologische Puffer in unserer Körper. 4 wichtigste Ursachen für VHF: Ich habe KHK, Hyperthyreose, valvuläre VHF und Hypokaliämie erwähnt, er wollte aber keine Hypokaliämie sondern Idiopathisch hören. Junge Dame kommt in d er Notaufnahme mit Hyperventilation. Warum geben sie die Tüte? CO2 Retention. Patient mit Hb 7,5. Der Oberarzt sagt Ihnen dass sie den Patient transfundieren müssen. Was machen sie? Würden sie Ihm transfundieren? Welche sind die Indikationen für eine Bluttransfusionen? Würden sie den Patient transfundieren obwohl sie keine Indikation sehen? Ich habe ja gesagt, das war aber falsch. Er hat gesagt ich musste dass zuerst dokumentieren oder der Oberarzt muss das selbst machen.

49- Fall:
Dann Patient kommt mit Knigelenkschmerzen und Schmerzen in Zehen, dazu Durchfall und Bauchschmerezen. Der Kollege hat Morbus Crohn erwähnt, dann alles über Crohn gefragt. Dann der Prüfer sagte wir schliessen jetzt Crohn aus. Was könnte das noch sein? Am ende, das war eine Yersinia-Infektion Dann Fragen über rheumatoide Arhtritis, welche Antikörper. Misxhung:



50- Polytrauma (Definition, ABCD alles, wie untersuchen wir Bauch ich habe gesgat Sono, wie heißt das FAST, was sehen wir freie Flüssigkeiten, wo sehen wir die Flüssigkeiten, warum in diesen Pouches hat er gesagt das ist nur wegen der Physik, er hat auch gefragt über eFAST dass wusste ich nicht und es war auch sono aber mit Thoraxbeurteilung)

51- Kardiogene Schock (Behandlung, ich habe auch ein großer Fehler gemacht und sagte Atropin und die Prüferin sagte sie lieben Atropin und die Antwort war Dobutamin) unterschied zwischen septischer und Kardiogener Schock, was geben wir bei septischer Schock endlich habe ich es richtige beantworte Noradrenalin, was macht noradrenaline VC

52-Fall: Rettungswagen
Dann RTW ohne Notarzt kommt, was machst du sofort, habe ich gesagt Intubation und Defi anschiessen, dann welche Rhytmus erwarten Sie, wenn pat atmet aber ohne Puls, kammerflimmern umd VT, er hatte was noch gesagt aber habe ich jetzt nicht im kopf, dann wenn kammer flimmer was machen Sie, Schock usw drei mal , dann Amiodaron, dann Adrenalin (wie viel, 1 mg , hatte gesagt, 0.5 bis 1). Dann mit Asystolie, was sollen wir machen usw.. Kein nadelmöglichkeit sofort Intraössär.
Dann machen wir weiter Beatmung 30:2, nein er ist intubiert, ganz langsam und Normal.. dann pat in dieser Zeit (Covid), machen mund zu mund, ja, hatte mir gesagt nur Herzmassage...

53-Fall:
Sie bekommen eine Patientin 70jahr Alt mit progredient zunehmende
Dyspnoe seit 3 Monate mit bekannten mittelgradige Aortenklappenstenose, was bestimmen in Labor ? Was kann sein? Wir hatten eine Diskussion über die Ursachen von Herzinsuffizienz und kardiale dekompensation.

54- Fall:
Patient kommt nach Motorrad Unfall zur NA mit Schiene über das Bein, was machen Sie, meine Antwort: Schiene abmachen, Fraktur beurteilen, Wunde versorgen, pDMS überprufen,
Röntgen Bild des Beins, Prüfer: das ist Polytrauma und die ganze Körper muss beurteilt warden und Suche nach weiteren Verletzungen und nicht nur das Bein. Ich habe dann über ABCDE Schema erzählt, und FAST Sonographie ausführlich.
Fragen:
Wie äußert sich eine Beckenringfraktur klinisch.
Was suchen sie in Lungen: Hämothorax, Pneumothorax, Rippernfrakturen.
Wie äußert sich Pneumothorax im Röntgen Bild.
Welche Symptome.
Was bedeutet wenn eine Pneumothorax das Mediastenum verlegt: Spannungspneumothorax,
was machen Sie dabei: sofort Drainage.

55-Fall:
Mann kam mit plötzlich Schmerzen zwischen den schulterblättern, DD? Er wollte Aortendissektion und Lungenembolie hören, (detaillierte Fragen darüber)
Aneurysma(wo am häufigsten).

56-Fall:
Eine Schwester ruft Ihnen in der Nacht an, Ein Pat. ist aus dem Bett gefallen, er wollte hören, dass wir sofort zum Pat. gehen muss und pat untersuchen, dann fragen über Gehirnblutung.

57-Fall:

Pat 70-80 J. Mit Hb 6.8 Ist das normal bei Alter. Nein, die Ursache muss abgeklärt werden, Wie klären sie das ab. Labor, Gastro, Kolo?
Bei Kolo. haben wir Tumor in aszendent Kolon.
-Was machen Sie (Am Anfang habe ich gesagt wir stellen den Pat. bei Tumor Konferenz. hat mir gesagt sie sind Oberarzt in Chirurgie ich habe nur gesagt Hemikolektomie und lymphadenktomie hat er mir geholfen. Dann kommt die Path. Zyto. Mit grad.

Ich habe gesagt ich kenne die Gräding nicht, hat mer mehr geholfen die LK was sie rausgenommen haben, waren beteiligt, Was machen sie denn, Ich sagte Radiochemo. Hat gesagt das reicht mir aus

58-Fall:
Patient mit akuten Bauchschmerzen in der Notaufnahme. Wie gehen Sie vor? Vorgang bei Mesenterialischämie?

59-Fall:
Pat. Mit Rückenschmerzen und Fieber im Notaufnahme wie gehen sie vor? Ich sagte, ich mach Anamnese: wo genau die schmerzen sind? Neben dem Wirbelsäule bis Flanke li, Bauchbescherden? nurologischen beschwerden? Und so weiter Dann KU:.Labor, sono . Und soweiter, bis Diagnose und Therapie von Pyelonephritis.

Der gleiche Patient jetzt auf Station hat tachypnoe, Hautausschlag entwickelt, Was machen Sie jetzt? V. a allergische Reaktionen nach Antibiotika-Gabe bis anaphylaktischem Schock oder septischer Schock je nach der Vitalparameter deswegen Therapie von Prednisolon und antihistamin auf Station bis intensivtherapie bei Schock.
Dann Fragen nach Schockformen

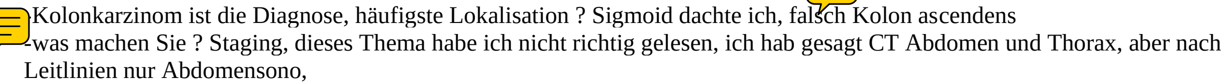
60-Fall:
Fall:
70- J Patient kommt zu Ihn in die Notaufnahme, klagte an Unterschenkelschmerzen seit 2 Tagen, wie gehen Sie vor?
Ich: Anamnese, er unauffällig, ich: Nikotinabusus, Übergewicht, Vorerkrankungen, Medikamente Einnahme? Er alles unauffällig
dann Körperliche Untersuchung, er: auch unauffällig, ich Rötung, Schwellung, wärme? Er keine Besonderheiten.!!!(hier war ich verwirrt und überlegte an pAVK, Akuter Verschluss Krankheit)
-ich: Differenz des Umfangs der Extremitäten, er: je ungefähr 3cm
-ich: würde TVT-teste durchführen, er welche? ich Payer, Mayer und Homann.
-Was machen noch? D-Dimere, er: wann Pos. und wann Neg.
-Er: Was noch Diagnostik? ich Farbkodierte Dopplersonografie, er: was noch CT-Angio.
-er: der Pat. hat Thrombose in Becken Bereich. wie gehen Sie Therapeutisch vor? Chirurgisch als Thrombektomie oder interventionell durch kathetergestützte pharmakomechanische Thrombektomie
ich: Heparin mit Vit-k-Antagonisten bis INR2, dann Heparin absetzen, er wie lange wird dauert, ich mind. 3 M, er: bis 6 M.er: können wir auch DOAK einsetzen, ich: Ja, er: worauf muss man achten, ich GFR.er: was noch ich wusste nicht, er wollte Kompressionsbehandlung mit Wickelverband hören.
-ER: was ist GCS? Er: Pat mit GCS von 6, wie sieht er aus? ich komatös: was machen Sie, ich Intubation

61-Fall:
Eine Mutter kam mit ihrem 19-j Sohn in Ihre Praxis und erwähnte, dass ihr Sohn an Gelbverfärbung der Haut sowie Sklera leide und sie befürchtete sich, dass er eine schwere Krankheit hat.
-wie gehen Sie vor?
ich: Anamnestisch, andere Beschwerden Fieber, irgendwo Schmerzen, Erbrechen...er: keine
ich: Medikamenten, Allergien, Vorerkrankungen?
-Er: keinerlei...!
Körperliche Untersuchung , er: nichts nur Gelbfärbung der Haut, dann Labor: kleines Blutbild, Leberwerte, Bilirubin, direkt, indirekt CRP,
-er: alles unauffällig bis auf eine Erhöhung von indirektem Bilirubin ich : Morbus Meulengracht, er was ist das?
Verminderung der Aktivität der Bilirubin-UDP- glucuronyltransferase, Keine Behandlung.
Dann nennen Sie die DD. des Ikterus?

62-Fall:
eine Mutter kommt mit ihrem 20 jährigen Sohn zur Notaufnahme, da sie Gelbsucht bei ihre Sohn festgestellt hat. Die Mutter ist sehr aufgelöst weil der Vater ist schon an pankreaskrebs verstorben.
-Was ist die DD? Der Sohn hat keine anderen Beschwerden und bei Labor ist nur indirekte Bilirubin aufgefallen?
-Wie diagnostiziert man das? Welche Teste gibt es dafür?

63-Fall:
Pat. Kommt zu Ihnen in der Praxis mit gelbliche Färbung im Augen (dies ist ihr bekannten aufgefallen).
-Was kann sein?
-Ursachen?
-Dann im Labor GOT und GPT leicht erhöht und cholestase -werte sehr erhöht, ist das Problem eher im Leber oder Gallensystem? Gallenwege.
-Dann Diagnose und Therapie,
-was ist ERCP? Was sind die Komplikationen?

64-Fall:
Patient 67 JA mit Dyspnoe, seit Monaten Müdigkeit und Gewichtzunahme, was machen Sie, Anamnese KU und so weiter, Gewichtzunahme ist wegen Bein Ödeme,
also HI wahrscheinlich dekompensiert, linke oder rechte, gegen aHT nimmt der Patient ACE Hemmer und Betablocker,
Fragen:
-was fehlt ihm noch, Diuretika, welche Thiazide, wichtigste Nebenwirkung,
-ACE ist Abkürzung von was?
-EKG vom Patient, Vorhofflimmern zu sehen, war nicht bekannt bei ihm, was machen Sie, kardioversion nach Stabilisierung und Antikoagulantien nach Cha2dsva2sc,
-welche andere Ursache der Dyspnoe kennen Sie

65-Fall:
Patient über 70 mit chronischer Müdigkeit kommt zu Ihnen, was machen Sie, Anamnese und KU, unauffällig, dann BB, Hb beträgt 5 g/dl,
-chronische Anämie, welche Typ ? MCV und MCH erniedrigt, also micro hypo, also chronische Eisenmangelanämie am meisten,
-häufigste Ursache bei alten Menschen? GI Blutung,
-wie gehen Sie weiter, ÖGD bzw. Koloskopie,
-häufigste GI Blutungen Ursache bei alten Menschen mit chronischer Eisenmangelanämie ? Magenkarzinom laut ihm, dann gleiche Fragen für untere GI Blutung,
Fragen:

-Kolonkarzinom ist die Diagnose, häufigste Lokalisation ? Sigmoid dachte ich, falsch Kolon ascendens
-was machen Sie ? Staging, dieses Thema habe ich nicht richtig gelesen, ich hab gesagt CT Abdomen und Thorax, aber nach Leitlinien nur Abdomensono,
-was machen Sie noch ? Tumormarker zur Verlauf Kontrolle, welche, CA19 und CEA, hat gesagt nur CEA
-letzte Frage, der Sohn ruft sie an und fragt was ist mit seinem Vater los, Was sagen Sie ? Ich war ein bisschen skeptisch, hab mich auf so eine Frage nicht gewartet aber hab mich auf Schweigepflicht


66-Fall:
eine junge Dame wollte immer eine dünne Taille haben, und hat daher bevor draußen zu gehen den Bauch immer sehr eng gebunden. Sie wurde auf der Straße tot gefunden.
Fragen:
-Warum? Meine erste Vermutung Aortendissektion? Nein.
Dann 2. :Kompression der VCI und daher fehlt der Vorlast der Herzens , war richtig. Dass sieht man häufig bei Schwangeren. Kreislaufstörungen wegen Kompression der VCI mit Uterus.

67- Fall:
60 jährige Patientin ist während des Dienstes durch die Treppe gefallen. Die Schwester ruft mich an. Ich komme, die Patientin liegt vor den Treppen, ist ansprechbar,
-wie gehen sie weiter vor.
Kurze Kö-Untersuchung vom Kopf bis zu den Exträmitätetn, dann aufklären wonach würden wir dabei suchen. Dann die Schwester sagte mir in BGA ist Hämoglobin in Ordnung,
-würden sie die Patientin entlassen und so eine abdominale Blutung ausschließen. A: nein, da Hb-Abfall kann man nicht gleich sehen, sondern P und RR überwachen und FAST machen.

68- Fall:
die Schwester ruft mich an, da ein Drogenabhängiger Patient während der Nacht ein geschwollenen Bein plötzlich bekommen hat mit sehr angespannte Haut.
Fragen:
-Was sind meine DD? Erstmal habe ich TVT und akuter Verschluss gesagt, danach die Fragen darüber, was spricht dazu, was dagegen, Diagnose Kriterien.
-dann Patient hat schon Baulose Veränderungen an diesem Bein. Was könnte das noch sein?
-Kompartment SY, dann fragen darüber.
Sie rufen Chirurgen an, er sagt schicken sie mir den Patienten erst morgen, ich habe gleich eine Op, würden sie so machen? Nenne, Kompartmentsyndrom ist Notfall, der Pat muss sofort vorgestellt werden. Was macht man therapeutisch. Fasziotomie.

69-Fall:
Pat. mit heftigen Rückenschmerzen zwischen Schulterblättern seit einer Stunde, DD? Aortendissektion, Lungenembolie, MI?
Klassifikation nach Stanford, und Behandlung?
Typen von Aneurysma?
Lungenembolie Diagnose und Behandlung? Wie wirkt Heparin?

70-Reanimation wie machen wir das? Und wie machen die Herzdruckmassage? Tiefe? Frequenz? Schock Dosis? Welche Medikation brauchen? Was ist die defibrillierbar Rhythmus? (Kammerflimmern pulslosen ventrikulären Tachykardie).

71-Fall:
Beim Spaziergang im Wald sitzt jemand neben seinem Fahrrad nach einem Fahrradstürz.
Fragen:
-Was machen Sie als Erstes? (Beurteilung, Sicherung der Vitalparameter, ABCD Schema).
-Prüfer: nein, was kommt als Erstes? Ich: (Notarzt anrufen) Prüfer fragt immer noch was fehlt als Erstes
-der Prüfer meinte Patientenreaktion - bewusstlos oder nicht - zu prüfen, wie? (Schulterschütteln, laut ansprechen).
-Prüfer: Patient ist ansprechbar was nun? (ich war hier durcheinander dann sagte stabile Seitenlage).
-Prüfer: wann legen wir den Patienten auf die stabile Seitenlage (ich: wenn er bewusstlos wäre und atmet).
-Prüfer: Ihr Patient ist ansprechbar! war aber vor kurzem nach dem Unfall laut den Leuten, die daneben standen- bewusstlos. Ich habe ab diesem Punkt an Richtung Schädelhirntrauma gedacht und fragte (war der Kopf dabei beteiligt?)
-Prüfer: Also es besteht eine kleine Kopfverletzung. Was nun? Ich: (GCS). Prüfer: noch
-was? Ich: (Pupillenreaktion).
-Prüfer: sie ist normal. was kann das sein? (ich sagte Blutung auf keinen Fall, keine neurologischen Ausfälle, keine Pupillenveränderung. Es kann Gehirnerschütterung sein.das war richtig.
-Prüfer: welches Schädelhirntrauma-Grad ist das? ich sagte es ist eine vorübergehende Störung dann Grad I wahrscheinlich
-Prüfer: Lassen sie ihn einfach nach Hause? Ich: nein er muss ins Krankenhaus. Prüfer: warum?
Ich: um ein Schädel CT zu machen.

72-Fall:
Thoraxtrauma mit Rippenfrakturen und Spanungspneumothorax
-was würden sie tun (Sie haben keine Möglichkeit für eine Thoraxdrinage) ich wusste die Antwort nicht und hat er hat gesagt legen Sie den Patienten auf die betroffene Seite, damit das Mediastinum wegen der Schwerkraft nicht stark kontralateral verlagert.

73-Fall:
Pat. kam in der ZNA, er hat gestern was gegessen aber jetzt kann er nicht mehr schlucken
-Was kann es sein? Ich war ein bisschen verwirrt und habe nach der Anamnese gefragt dann festgestellt, dass er ein Stück von Fleisch gegessen hat und das steht jetzt nicht geschluckt in oberer Speiseröhre.
-Ich habe alle mögliche DD bei Dysphagie erwähnt inklusive Allergie dann hat sie mir gesagt ,dass es allergische eosinophilische Ösophagitis.
-Dann was machen Sie? ÖGD um den Stück zu entfernen.

74-Fall:
Aus der Station die Schwester ruft Sie, weil ein 85-jähriger Pat bewusstlos gefunden sei.
Fragen:
-Was machen Sie?
-ATLS Advanced Trauma Life Support (ATLS®
-ABCDE Schema gesagt.
-Welche klinische Untersuchung machen Sie sofort? Ich fragte ob der Pat noch atmet? (Ja) sPO2(normal). Puls (normal) Schnelltest für Glukose. (Normal). BGA (normal) Dann fragte er an welche Notfall-Situationen müssen Sie denken? A: Lungenembolie, Hypoglykämie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Epilepsie.

75- Fall:
Pat. hat Polytrauma und Hb ist unter 7, was geben ihn ohne Kreuzblut?
EK O negativ, was noch? FFP, sie sagte Welche, ich sagte AB.

76-wie läuft die Reanimation BSL? Basic Life Support (BLS)
77-wo machen die Schock und Wann und wenn ich Defibrillator habe? A: lateral apikal oder anterior posterior, 360 Joel, bei VF und pVT
78-welche Medikation geben wir ? Amiodaron und Adrenalin

77- Polytrauma Behandlung (ABCDE in ATLS) in Details.
-Fast und efast. Hier wollte er hören dass bei efast eine Pneumothorax festgestellt werden kann, besser als Röntgen sogar.
-Damage Kontrolle. (Das übliche, wer kommt zuerst dran bei Polytrauma mit Milz Ruptur und SHT mit Blutung)

78- Anaphylaxie, Intraossäre adrenalin wo kann man geben (Tibia, Sternum, Humerus), die dosierung der Medikamente bei Anaphylaxie (Adrenalin 1mg, Predni 250-1000mg).
Prednisolon-AL®) 500–1.000 mg i.v. als Bolus

Notfallmedizin/Notaufnahme/Hausarztpraxis:

1- Fall:
Pat 70 Jahre alt kam zu Ihnen in die Notaufnahme mit seit Monaten rezidivierendem für Stunden anhaltendem Herzrasen.
-was wurden Sie machen? A: Anamnese: nach allem gefragt, die Pat leider unter nur Hypertonie und die Werte sind kontrolliert. Trinkt Liqour 20% 2-3 Gläschen täglich:
- ist das viel? A: ja Licor Alkoholgehalt von 31 % Vol.
-wie viel mg darf man täglich Alkohol trinken? ich habe nicht genau gewusst ich habe gesagt: 20 mg er hat gesagt Frau: 20 gr der Mann : 40 gr die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Männern, 20 g/Tagnicht mehr als 24 Gramm reinen Alkohol pro Tag und Frauen 10 g/Tag)nicht mehr als 16 Gramm zu trinken
-wie werden Sie vor gehen? EKG, Sonographie
-Welche Möglichkeit als Verdachtsdiagnose? der Blutdruck ist noch stabil, ich gehe davon aus, dass das ein supraverntrikuläre Tachykardie ist.
-welche? Sinustachykardie, Vorhofflimmern, RV-knoten Reentry, RV-Reentry (wolff Parkinson Syndrom), Was noch? Vorhofflattern.
- die Pat hat Vorhofflattern, was machen Sie? Antikoagulation mit Heparin-Perfusor und Schluckecho um die Thrombose auszuschließen, er war nicht zufrieden: wie sollen noch was geben? ich habe gesagt B-Blocker welche? Bisoprolol. Er hat gesagt wir brauchen kein Schluckecho.

2-Fall:
Verkehrsunfall auf dem Weg nach Hause.Pat im Auto sitzt und hatte Amnesie mit einer Platzwunde keine sichtbare Blutung, und könnte nicht erinnern was und wie alles passiert.
Fragen:
Sie sind als Arzt was müssen Sie machen?
-unterwegs zum KH ist Pat.verschlechtet und ist schön komatös und RD hat keine begleitende Notarzt.was machen Sie weiter?
-wenn ich approbierte Arzt und Erfahrung habe, intubiere ich selbst, wenn nein muss ich Notarzt anrufen,er wird in 5-9 Min da.
-Was machen wir weiter im KH? er hat eine CT mit Epidurale Blutung gezeigt mit erhöhtem Druck.was passiert bei diesem Pat.mit sehr kleine und tiefe Fragen.

3-Fall:
Eine Pat kommt mit Beinschwellung nachdem sie Gestürzt sei und eine kleine Hämatom gehabt habe.
-Was machen Sie?
A: Ich habe erklärt erst denke ich an eine Thrombose oder Kompartmentsyndrom.
Dann vorgehen mit Anamnese KU Meier payer Homann zeichen, Ultrachal und Behandlung.
Hier hat noaks gereicht mit 2 Namen rivaroxaban ode Apixaban also keine Dosierung.
-Warum kein Marcumar allein weil es lange braucht zu wirken und wir müssen eine Lungenembolie befürchten und die PAt schützen.

4- Fall:
Pat. mit plötzlicher Dyspnoe?
Was ist ihre V.d? LAE
welches therapeutisches Verfahren?

was bei einer lebensgefährlicher massiver LAE? RF?
welche AK? wie viel tage?

5- Fall:
Du gehst nach Hause nach dem Dienst und bei Busstelle alte Mann gestürzt was machen Sie?
-Öberflechlich dass du guckst ob er reagiert beim Sprechen dann beim Schmerzen wenn nein prüfe ob er hat atmet oder nicht dann klicke ich auf Rettungsdienst Knopf oder 112 frage nach hilfe wenn möglich Und CPR bis Rettungsdienst kommt , 30:2
-Du bist alleine und jemand hat keine Erfahrung mit CPR
-Was machst du? Ich habe gesagt lasse ich ihn Beatmen oder mach ich selber Kompression und Beatmung Er hat gesagt. machst du Kompression ohne Beatmung. Kompression ist wichtiger.

6- Fall:
Pat. hat sich bei Ihnen in der Notaufnahme mit seit 2 Stunden aufg. retrosternalen Brustschmerzen vorgestellt.
-Wie werden sie weitere Vorgehen? ACS.
-Schritt für Schritt über alle Maßnahmen erzählen.
-Dif.Diagnose.
-Kann bds RR unterschiedlich sein ?
-Woran denken sie dann? Aortendissektion.

7-Fall:
20-jährige Patientin kommt zu mir im Dienst und bekommt dann plötzlich Ikterus
Fragen:
-was kann das sein? (ich habe erwähnt was ich machen würde und ich habe gesagt hämolyse, der Prüfer sagte ja)
-weiteren Ursachen einer Ikterus gefragt?
-Was kann makrozytäre hypochrome Anämie verursachen? (Folsäure Vit B12 Mangel), wollte Malnutrition hören.
-Welche Herpesviren gibt es? (ich könnte nur 3 benennen) Mononukleose Erreger.

8-Fall:
Eine junge Dame (30) zu Ihnen in die Praxis gekommen mit RR von 180/ 110 , Schwindel und Kopfschmerzen
Fragen:
-was machen Sie? A: Anamnese (ist HTN schon bekannt? , Vordiagnose?, Medikamente , Drogen Abusus ?), Körperliche Untersuchung v.a. Herz und Puls Status ... ggf Akut Situation Behandlung (Z.b Nitrospray) Dann Kontrolle in mehrere Sitzungen (3 Tage) oder langzeit RR Messung.
Ich habe dann gesagt es handelt sich hier wahrscheinlich , wegen Alter 30, um sekundäre Hypertonie.
-Er : was ist primär, was ist sekundär.
-Ursachen von Sekundär (ich habe Nierenarterien Stenose, Conns, Pheochromozytom, Cushing erwähnt) Fragen
-Was ist Conns ? hyperaldosteronämie, was ist besonderes dabei im Labor ? A: Hypokaliämie .
-Er : warum ? Ich weil Aldosteron wirkt an die Nieren sodass Na ist resorbiert und K setzerniert . Er: Richtig
-Wie diagnostiziert mann Pheochromozytom? eine Diagnostik die Auch in der Praxis gemacht werden kann ? Ich 24 Stunden Sammel Urin auf Metanephrin und Normetanephrin. Er: richtig.
-Nierenarterien Stenose
- Mechanismus ? am ehesten bei Jungen Menchen Fibromusküläre Stenose
-sollen wir noch die RR beidseits messen ? Ich ja natürlich (habe ich vergessen am Anfang zu sagen) um die Aortenisthmus Stenose auszuschließen.
-was ist Aorten Isthmus Stenose ?
-Was von Süsigkeiten kann erhöhte RR Werte verursachen ? (Liquorice) en Lakritze(deutsch)
- Was wissen Sie über Alkohol? Wie viel darf man trinken pro Tag (25 gm für Man) Welche Organen können von Alkohol betroffen werden ? Gehirn, Leber und periphere Nerven
Deutschland wird die Obergrenze für problematischen Alkoholkonsum für Männer üblicherweise auf 24 Gramm pro Tag (etwa 2 Gläser Bier) und für Frauen auf 16 Gramm pro Tag (etwa 1 Glas Bier) festgelegt.
-Was macht er genau?
Gehirn (Wernicke Enzephalopathie) und dann Korsakof Syndrom wegen Thiamin B1 Mangel
Leber (Steatohepatitis dann Zirrhose)
-Was noch kann Polyneuropathie verursachen? D.M

9-Fall:
der Neurologe hat sich auf dem Boden gelegt und hat mir gefragt, was ich mit einem bewusstlosen Pat mit Spontaneatmung machen würde.
Ich habe den Prüfer auf stabile Seitenlage gelegt und den Esmarch Handgriff gemacht.
Dann ist er wieder auf seinen Platz gegangen.
-Andere Fragen waren:
-Vorgehen bei Pat mit Miosis und Atemstillstand (Opioid Intoxikation) ? eine Ampulle Naloxon, Sauerstoff und Intensivstation. HWZ von Naloxon ist kürzer als die von Opioiden, so man muss die Gabe nach 45min wiederholen. Dann hat er kurz Fragen gestellt,
-wie: was ist HWZ?
-Was ist first Passeffekt?
-Welche Möglichkeiten gibt es? (hat besonders nach rektal gefragt, da die untere 2/3 nicht durch das Portal System reabsorbiert werden).

10-Fall:
Pat mit Aorten Stenose und Dyspnoe, der Echo war unauffällig, er wollte extrakardiale DD von Dyspnoe hören, hat mich das BB gezeigt, sie hatte eine (Eisenmangel) Anämie -Ursache nennen.
Die Gastroskopie war unauffällig, dann in die Koloskopie hatte sie ein Rektalkarzinom.
Andere Fragen waren:
-Heimlich Manöver (der Neurologe hat wieder der Prüfling gebeten, die Manöver bei ihm zu demonstrieren),
-Verbrennungen
-9- Regel
-wann muss man den Pat in einem speziellen Zentrum verlegen?
-Lakritze erhöht den Blutdruck, Paracetamol Intoxikation ab 6gr, Aktivekohle und N-Acetylcystein geben.
Hepatotoxizität ab 4 g/d möglich;
Letaldosis zwischen 12 und 20 g (in Einzelfällen 7 g)

11- Fall:
ein Mann kann zu dir in Notfalldienst, der Blut erbrochen hat, RR 90/60 , Puls: 120, Wie gehen Sie vor ?
Fragen:
-:Ich habe alles über die Obere Gastrointestinaltrakt Blutung erzählt (die Priorität ist für Ösophagusvarizen).
-was bedeutet Boerhaave-Syndrom?
-Ist die Blutung häufig mit GERD Patienten in Deutschland ?
-die Behandlung? A: Volumensubstitution und alles erzielt
-warum geben AB in Varizen? -Gibt es eine Prophylaxe Behandlung für Ösophagusvarizen?

12-Fall:
ein alter Mann sehr oft zu Hause gestürzt, keine Frakturen zum Glück.
-Was könnte sein? Entweder neurologisch(Parkinson oder Polyneuropathie), oder falsche Medikation. Er nahm viele Medikamente, der ein war Furosemid. Hypotonie und Exsikkose war die Antwort.

13-Fall:
Der Prüfer hat ein Patient schauspielt, er hat eine Schokolade gegessen mit Nüssen dann hat er Erstickungsgefahr
Fragen:
-was mache ich? habe ich mit ihm reagiert und 5 Mal auf den Rücken geklopft, dann Heimlich Manöver gemacht. Heimlich Manöver passt nicht alle Patienten wie was, habe ich Kinder und Schwanger Frauen gesagt, warum nicht schwanger, wg. Perforationsgefahr.

14-Fall:
ich bin in ZNA, kommt Pat. mit zunehmender Luftnot
was machen sie: Anamnese, körp. Untersuchung, Labor. Letztendlich Hinterwand-STEMI
Fragen nach weiterem Vorgehen? alles typisch.
-Koronarterien, Blutversorgungsgebiete
-Labor Parameter (woher kommt Trop., D-Dimere, BNP, CK usw.).

15-Fall:
Pat Adipös kommt bei Ihnen als Internistin mit Schmerzen im Kniegelenk mit Schwellung und Rötung die während der Nacht aufgetreten sind. Pat hat vorher auch änliche Beschweden im Handgelenke gehabt. Keine VorE, keine Medikation.
-V.d? Gicht
-Harnsäure war 6.7, warum muss Gicht sein?
-Mechanismus? Therapie für Gicht?

16-Fall:
Schwester ruf an und sagt dass ein Pat lebensloss ist.
Fagen:
-Was machen Sie? Ich hab gesagt gucke Vitalparameters, Wenn kein Puls, kein respiration fange ich mit Reanimation an. Reanimation Team anrufen.
-Und dann? Fragen warum ist Pat aufgenomen, Vorerkankungen, was hat er al letztes eingenommen. Sie wollte hören dass wir müssen fragen über das letzte mal dass die Schwester ihn gesehen hat.
-Dann um zu beurteilen wie lange Pat so war totes zeichen zu gucken.
-Was muss man fragen vor Reanimation wenn sie nicht sinvoll ist? Patientenverfügung Vorsorgevollmacht um das zu beschbrechen ob die wollen das wir weiter zu reanimieren.

17-Fall:
25 Jahre alt, Fußballspieler Hals schmerzen, Fieber, Müdigkeit. Eine Freund von ihm hat auch diese Beschwerden gehabt
Fragen: Infektiöse Mononukleose
-Bild gezeigt? war Mononukleose Infektive. https://next.amboss.com/de/article/Lf0w52?q=Pfeiffer-Zellen&m=RzalsM#Z57dcfcad2fcd1cc072cea3dc3314e695
-Was muss man Fragen? Darf er drausen gehen? Nein Isolation
-Was ist patognomisch bei MI? Splenomegalie
-Der Pat mus in 10 Tage in eine sehr wichtige Fußballmatch spielen.Was sagen Sie? Darf er? Nein hoch Risiko für Milzruptur.

18- Fall:
Ein Pat mit Bewusstseinstörung, was machen Sie weiter? Sie haben Blutzucker gemessen, Blutzucker ist 40 mg/ dl.
Fragen:
-was machen sie weiter?
-Was ist passiert, wenn Zugang Para und Glukosen im subkutan ist?
-Nadelstich-Verletzungen von Krankenpflege, was machen sie? vernandbuch
-Was macht betriebsarzt ? Welche Labor werte werden von betriebsarzt bestimmen?
-Fragen nach VAV und SAV Krankenhäusern, weil ich im unfallchirurgische Abteilung arbeite. Verletzungsartenverfahren (VAV), Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)
-Kann VAV Krankenhaus SAV fall behandeln? Welche Situation? Was ist passiert
-wenn VAV Krankenhaus SAV Fall weiter Behandlung ohne Zusage von BG?

19-Fall:
Pat. hatte Divertikulitis und Operation mit Stoma Einlage, es kommt plötzlich zu Zustand-Verschlechterung.
-Ich habe nach Septischer Schock mit SOFA quick gefragt, das war so richtig.
-Dann CT Kontrolle, Stoma Kontrolle und Stoma Insuffizienz war am Ende Ursache.
Danach Leisten Hernie (Grenze und Unterschied zwischen Direkte und Indirekte alles in 3 Sätzen nichts tiefer gefragt).

20-Fall:
Patientin liegt auf dem Boden- weiter (ABC, kein Puls, keine Atmung) und zeigte mit EKG (Kammerflimmer).

Fragen:
-Reanimation, Technik (wie steht unsere Körper und Händen, 30:2, Frequenz 100/min, Tiefe ca. 5 cm und mindestens 30min).
-ALS- i.v. Adrenalin und er wollte hören- Amiodaron nach 3.erfolgloosse Defibrillation.
-Er frage auch ob ich auf der Straße bei BLS beatmen muss, während der Reanimation. Dies wusste ich nicht und er gab an- müssen wir nicht.
was brauchen wir um Röntgen anmelden zu können (Fachkunde) und ich wusste nicht wie kann man das bekommen (2 Kurse machen und praktische Erfahrung).

21- Fall:
Sie sind Arzt und Schwester ruft an Pt bewusstlos und normal Puls, RR , Atmung> BZ messen wollte sie hören.
Fragen:
Patientin hat bekannte Epilepsie was konnte das sein? Post iktal Phase wollte sie hören.
Wie behandeln Mann Akute epileptische Anfall?
-was macht man auf intensiv stati? Monitoring invasiv RR Atmung ZVK.
-was kann man mit ZVK machen? katecholamine geben und was man noch damit messen kann? ZVD 

22- Fall:
Sie sind in der Praxis und kommt eine Alte Frau mit Kopschmerzen.
Arteritis Temporalis wie behandelt mann?
kann Man Ambulante behandeln ?Nein sie meinte Gefahr von Erblindung
wie kann man Therapieren? Kortikosteroiden

23- Fall:
Schwester ruft Sie wegen Pat Vorerkrankungen DM Jetzt bewusstlos
Fragen:
was würden Sie machen?Therapie falls Hypoglykämie? 

24-Fall:
Schwester ruft Sie wegen Pat. Kreislaufstillstand
Fragen:
was würden Sie machen.? nachher wo muss der Pat bleiben. Im Intensiv welche Monitor ist wichtig? sie wollt auch ZVD hören.

25-Fall:
Pat 30 j.kommt mit Durchfall und Unterbauchschmerzen , Gewichtsverlust
Fragen:
-was würden Sie machen? hier hatte ich den Verdacht Morbus Crohn und habe ich die Fragen gestellt über die Anämie Zeichen, Arthritis und Hautveränderungen , Danach Ku was ist wichtig und Labor, Stuhluntersuchung und weiter Maßnahmen im ZNA
-was würden Sie Anordnung schreiben? Sono ,Ösophagogastroskopie, Koloskopie….welche Befund im Sono.
-Wollen Sie CT mit Km sofort machen oder abwarten? Abwarten (der Befund von Endoskopie.)
Was ist Strahlenbelastung für Ct-Thorax ..CT Abdomen ..Röntgen Thorax.
Vorteil und Nachteil für CT, MRT

26-Fall:
Sie sind als Notarzt ..Pat. 50 ja. Klagt über Thoraxschmerzen sowie Schmerzen zwischen Schultterblättern.
Fragen:
was ist ihre V.a welche Befund im Monitor kann man erwarten? Wichtig Blutdruck gut einstellen
Was sind die Ursachen (Aortendissektion), Klassifikation? Wann sagt man Aortenabdomen? Was ist die Behandlung ?
Was sind die Komplikation?

27-Fall:
Beinschmerzen nach Revaskularisation .was würden Sie machen? KU, sono DD Blutung(Hämatom) Kompartmentsyndrom.
Fragen:
-Kompartmentsyndrom was sind die Ursachen, wie viel Kompartment gibt? Wie viel ist die Gewebedruck! Behandlung ?
-Was ist palliative Therapie mit Beispiel
-was ist HIT? Welche Komplikation ist wichtig(Thrombose)

28-Fall:
Sie haben Nachtdienst in der Notaufnahme und kommt ein 69 jähriger Patient in Begleitung eines Freunds aufgrund drückende Schmerzen im Brust und Übelkeit
Fragen:
-wie gehen sie weiter ? Kurz Anamnese (Die Schmerzen strahlen in den linken Arm aus) , Überwachung der Vitalparameter, EKG (St Hebung in der Ableitungen v1 bis v6 , Vorderwand MI) , Labor etc.
-wie kann eine Arteriosklerose eine MI verursachen ? (Plaque-Ruptur) dann Frage nach der Therapie.
-Der selbe Patient was könnte noch als DD sein. Warum und wie gehen sie bei jede DD weiter.

29-Fall:
Sie haben Dienst in der ZNA und kommt ein 83 jährige Pat aufgrund Bewusstlosigkeit nach der anstrengenden Arbeit im Garten, der Pat ist momentan stabil
Fragen:
-wofür hat der Pat das Bewusstsein verloren?

-welche DD ? (AV-Block ,Hypoglykämie und Aortenklappenstenose (Trias: AP , Synkope und Dyspnoe).

30-Fall:
Sie sind Hausärztin und die Schwester kommt und sagte (eine hat gekehrt).
Fragen:
-was machen Sie? Draußen gehen und gucken was passiert, Patient auf den Boden?
Ich sagte klinische Behandlung und er wollte nur in andere Zimmer bringen und Notarzt anrufen. Er hat RR 150/80 und T-Negativierun, VD? ACS
-was machen Sie jetzt? Nitroglycerin Tablette Sublingual .
Sie sind Jetzt die Notärztin im Krankenhaus,
-was machen Sie? Behandlung von ACS, Herzlabor und Kardiologe anrufen .
-Sie sind noch mal Hausärztin und gleichen Patient mit RR 180/110, was machen Sie? Hypertensive Behandlung,
-welche Medikamente? Nitrat , richtig was noch er wollte ACE Hemmer
-Andere Patient hat Schmerzen in Rücken zwischen Scapula? Aortendissektion.
-Medikamente bei erhöhte Hirndruck (Manitol)

31- Fall:
Sie sind dienstarzt in Notaufnahme , kam eine 75 jä Dame mit zunemende luftnot seit 4 Wochen und Müdigkeit, sie hat an Gewicht 15 kg zugenommen , VE nur art Hypertonie mit Valsartan eingestellt
-was machen Sie??Anamnese und KU
-Was von KU?(Herztöne und Lunge)
-was können sie hören bei Herztönen (3 Herztöne) Warum? Wegen mögliche HI
-Was sind Ihre Differenzialdiagnosen? (NI)
-Was noch bei KU wegen? Ödem Untersuchung (Delle bleibt)
-Was machen sie noch? Notfalllabor?
-Was können sie als das wichtigste sehen als Notfall im Labor? Nierenwerte
-Was noch von KU? Geatatute Halsvenen bei erhöhte ZVK
-ZVK messen bei normwert und bei erhöht und wie reagiert das Herz bei Hepatojugulärreflux?
-Was ist die wichtigste betroffene Klappe bei HI? Mitral
-Warum nicht Aorten oder pulmonal? Weil sie sind nicht im Bereich der Dehnung von den Ventrikeln
-Die Ursachen von HI? KHK, VHF
-Wie sehen die beiden bei EKG? und wie diagnostiziert man KHK?
-Was ist bei VHF häufiger? TAA

-Was machen sie noch bei ihr? Rö thorax, Er meinte Lunge ist gestaut und EKG zeigte keine akute MI, was machen sie? Furosemid 40 und Echo anmelden.

32- Fall:
Pat 50 jahre alt kommt zu ihrem Sprechstunde in ihrem hausarztPraxis . Hauptbeschwerden sind seit einigen Wochen zunehmende Schlappheit , gewichtsverlust und durstgefühl. Ferner zeigt der Patient einen Pickel an seinem Nacken , welche seit langem da persistiert und nicht weg geht. sie gucken den Patienten an und merken dass er deutlich hyperemisches Gesicht hat und adipös ist . Er wiegt ca 110 kilo und in der letzten 2 wochen 2-3 kilo verloren .
Fragen:
-Was machen Sie jetzt. Fangen Sie an. Anamnese ... B sympt.? Vorerkr. Vormedik.. (alles negativ). Nykturie :2 mal.. aber seit langem so unveraendert.. flushing ? Labor ...?
-was wollen Sie im Labor sehen , denken Sie dass sie in ihrem Praxis sind und denken sie dass es alles zeit und ggf auch geld kostet. zuerst malignität habe ich gedacht... dann mir ist eingefallen dass er DM haben kann... ich fing an zu sagen :. blutbild nierenwerte leberwerte .... der prüfer stoppte mich sofort... “stopp stopp... warten Sie , sobald sie was sagen erzähle ich das Laborergebnis: leukozyten 7.4 tsd Hb 14.7 thromb. 240 tsd ,
-was wollen Sie noch haben. Nierenwerte
-welche nieren werte ? Was sind die ? Gfr krea... okay gfr 78 krea 1.1 was wollen sie noch... (so ging das weiter , also bleiben sie Locker und relax... und erzählen sie immer ganz logisch langsam nachdem sie was denken... Nicht so schnell alles erzaehlen sondern alles mit nachdenken und verdauut.)
Im Anschluss war nûchtern BZ erhöht und RR 190/110 rechts 180/105 links
-Was machen sie jetzt?
-das könnte Weißkittel sein . Das müssen wir mit langzeit kontrollieren ... nein weißkittel kann nie so hoch bis 200 sein.. das ist A hypertonus..
okay was noch... hba1c ... okay das ist 8.7 Hmm dann ist es jetzt gesichtert.
-Was wollen sie machen ?-ich erkläre dem Pat was ein Diabetes ist und wie es gefährlich sein kann und wie es behandelt werden kann.. sehr gut ! Eine Schulung ist bei der Diabetes wichtigste Sache in der Therapie
-Wie misst man zucker heutzutage .Modernste gerät , wie funktioniert das. (Patch-System mit bluetooth... wusste ich nicht, also er erklärte alles, und auch dass das ich dieses gerät sogar in fernsehen in Werbungen sehen konnte usw)

Fall:
Sie sind in der Notaufnahme , es ist abend . Ein 80 jähriger Patient kommt mit Luftnot . Los !
Fragen:
-Was machen Sie?
-ist es neu ? Akut subakut ? (Seit 2 wochen aber seit gestern deutlich schlimmer geworden)
-gibts da Ap beschweden? (Nein) herzrasen? ...Mmm ab und zu ja .. Wie ist mit Fieber, schüttelfrost Atemabhängige Thoraxschmerzen oder produktiver Husten ? (Kein Fieber . Keine Schmerzen husten sind wegen rauchen auch wie immer normaal)
-Vorerkrankungen ? (Der pat weißt das nicht)
-okay dann vllt hat er ja medikamenten plan mit ? Wenn er nicht weißt koennte ich mindestens von dem Mediplan was herausfinden vllt eine Inhalativa , dann z.b ist es am ehesten eine Akute exazerbation eines Copds oder herzinsuffizienzmedikation dann könnte es eine Dekompensierte Herzinsuffizienz sein? (Gut , er gibt Ihnen einen Medikamenten plan! Da geben 10 Medikamente, viele verschiedene antihypertensive antianalgetika antidiabetika usw)
-Was machen Sie sonst noch.. ?
-Währen die Pflegepersonal den Pat monitorisieren und Blut abnehmen untersuche ich ihn gleichzeitig körperlich.. im Blut muessen die Schwestern infektparameter , nierenretensionswerte, elektrolyte , leberwerte mitbestimmten. Da keinerlei Ap symptomatik gibt würde ich zunächst keine Trop bestimmen.. weil es auch bei herz oder niereninsuffizienz erhöht sein kann... und daher zuerst keine Konsequenz hat.
-Okay in der untersuchung was koennen sie in welche situation sehen . (Hier differenzielldiagnosen der Dyspnoe und deren körperlichen Untersuchngsbefunde)
(ich ging davon aus dass der Pat hydropisch gestauut war und entweder Copd oder Herzinsuffizienz hatte)
Prûfer: -Weitere diagnostik?
Ich : -monitoring was sagt mir das monitor ?
Prüfer: -AF 23 HF und RR normal Sättigung unter raumluft 85 %
Okay dann zunächst BGA zur einschatzung der Atemsituation . Und Ekg.
Okay hier ist das Ekg vom Pat.(er gab mir
Eine Ekg mit Vhf normofreq)
-Was für eine diagnostik noch ? Sind sie fertig was geben sie den pat ? Er hat starke luftnot und niedrige sättigung
-ich gebe o2 über die nase , oberkörperhochlagerung und zur besserung der Atemarbeit und ökonomisirung der Bga auch ggf leichte sedieurung mit morphin bei angstzustände.. und der pat braucht ein Röntgen.
-okay hier haben sie ein röntgen bild vom Pat. (Er gab mir diesmal ein Röntgenbikd mid beidseitige pleuraergüsse und mäßige Stauungszeichen , herzkonturen sind wegen der ausgeprägten rechtsseitigen erguss nicht mehr zu erkennen)
-Was sehen sie da? (S.oben) ist das gestauut ? ... ja ... was geben sie denn ?
-Furosemid worauf sollen sie achten vor der Furo gabe... wieviel Furo geben sie ? Und wie verabreichen sie ein Furo? (Beginnend mit 40, je nach RR körpergewicht und Retensionswerte eventuell) Iv oder p.o ? Wieseo i.v und nicht p.o (wirkungseintritt).
Okay diagnostik fertig ? ...
Echo wenn überhaupt.. , was sehen sie da ? Der pat hat VHF was für eine Erkrankung ist das ? Ist das in echo zu sehen ? Wie behandelt man sie ? Ist es eine Bösartige rhytmusstörung? (Hier echo durchfûhrung , befunde interpretation, vhf komplikationen thromboseprophylaxe nach chadsvasc).

Rettungstransportwagen (RTW)

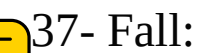
33- Fall:
60 j Mann seit 3 Wochen Dyspnoe jetzt ihm schlecht und mit RDW gekommen wie gehen Sie vor? Anamnese KU, Labor, EKG, Röntgen.
Pulmonalödem mit dekompensiert HI
Was sehen Sie, wie misst man Kardiomegalie bei Röntgen.
Behandlung? (Furosemid dosis?)

34- Fall
Eine Frau mittelalter mit schmerzen am Unterschenkel? TVT, diagnostik? Anamnese und KU duplex sono, haben Sie nur Ultraschall? Kompression Ultraschall, wie es genau aussieht? Noramle Vene kann man kompremieren mit Thrombus nicht Behandlung? Kompression Winkel. Warum? Um die Venösezirkulation zu unterstützen was könnte es passieren? Varicose wie entstehen ein Varicose? Beschreiben Kurz wie sie entsteht. Behandlung weiter? Antikoagulantien dann Fragen über Antikoagulantien Typen oberflächlich
Runde 3

35- Fall:
46-jähriger Pat., starker Raucher mit starken Thoraxschmerzen, EKG-Beschreibung!
-A: St-Hebung, er sagte, bitte beschreiben Sie, dann A: Sinusrhythmus, normofrequent...und soweiter...
F: Was machen Sie? Es war ST-Hebung in II, III, aVF als Hinterwandinfarkt, ich sagte sofort Einweisung in ein Kardiozentrum
-er sagte: Sie sind doch der Arzt in diesem Zentrum A: Wichtig Monitoring, initiale Therapie dann Pat. auf PTCA aufklären.
F: Komplikation von MI? A: Kammerflimmer, F: was machen Sie dann? A: Defibrillation... ich wieder: nein Medikamente, er sagte doch Defibrillation.....dann Betablocker verschreiben.

36-Fall:

Pat. nach Motorradunfall mit Rippeensierenfraktur hat Dyspnoe
-was konnte der Grund für Dyspnoe, Mechanismus, Komplikation und ? A: Pneumonie mit Spannungspneumothorax.
Pleurapunktion in Monaldie-Drainage-Stelle.
-Warum lebensbedrohlich? A: Mediastinumverschiebung und Abknicken der Herzhauptgefäße.




37- Fall:
Patient kommt mit handgelenk Schmerzen...Differential Diagnosen? Oligoarthritis vs polyarthritis..kleingelenk vs großgelenk...dann pt kommt mit sehr starke großzehe Schmerzen...Gichtanfall (Symptome, Diagnose und Therapie)
neprotoxische Medikamente...Wichtig im Labor ist GFR

38- Fall:
Pat kommt mit Peranal Blutung
Fragen:
-Differential Diagnosen? Hab ich gefragt ob frisch rotes Blut oder Meläna....dann unter GI Blutung habe ich alles erwähnt plus komplizierte Divertikulitis
hat er gefragt
-warum? Wie entsteht das? Echt und pseudodivertikel und über Schichten
- was machen wir danach? Anamnese, KU, DRU, Koloskopie, dann hat gesagt kein Blut am fingerling..er wollte hämoccult Test hören...Warum heißt hämoccult? Nachweis von Blut, das wir nicht mit bloßem Augen erkennen können.

39- Fall:
Es kommt ein Patient , junger Mann, 36 Jahre alt, mit erhöhtem RR. Was machen Sie als Hausärztin.
Fragen:
- Maßnahmen wie : körperliche Untersuchung, mehrfach RR Messung, laborchemische Kontrolle, Lebensstiländerung, also alle Risikofaktoren , dann Wiedervorstellung in Praxis, nochmal Messung,
-immer noch erhöhte Werte. Was machen wir? Abdomensono dazu, was sehen wir? Zum Ausschluss Nierenarteriestenose. Das war in Ordnung, was kann noch sein? Erwähnung möglicher Ursachen wie z.B Phäochromacytom, SD Hyperfunktion.
-Was sehen wir sonographisch bei Phäochromazytom? Einfach sagen, einzelnes Nebennierenadenom in NN Mark.
- die Stadien der arteriellen Hypertonie, die Therapie Schritte, mit was für ein Schema fangen wir an? ACE-Hemmer und Thiazide, Erklärung alle 5 Klassen noch der Antihypertensiva , Mechanismen
- die reserve Medikamente : Urapidil und Clonidin (Klasse der Medikmenten)
- Typen von Gastritis mit Details, was die machen , Risikofaktoren, Kompliktionen, Insb. Vit B12 Mangel, was passiert mit Vit B12 , wieso Mangel bei autoimmuner Gastritis ?
-Mechanismus: zerstörung der Parietalzellen , keine Intrinsik-Factor-> keine Resorption Möglich.
-Substitution wie? I.m wie lange Die lebenslange Erhaltungstherapie erfolgt mit 1.000 µg intramuskulär alle 3 Monate,
-Erradikation-Schemas für E.Pyllori
-Wie bestimmen wir dass Pylori positiv ist.
-Wo besiedelt am meisten H.Pylori(Pylorus und Duodenum)
-Komplikationen von H.Pyllori (Karzinom und MALT. Was ist MALT, ein Typ von Non-Hodgkin Lymphom, einfach Grob und hat gereicht)
-Was schauen wir in Labor bei Vit B12 Mangel? (Labor Erklärung)
-was genau selten konnte eine Gastritis Typ C verursachen? Das war einfach Hypergastrinämie bei Zollinger Ellison Syndrom.
-Blutdruckindifferenz in beide Armen? Akut und nicht akut. Akut: Aortendissekation, nicht akut: Aortenisthmusstenose, Subclaviastenosierung.



40- Fall:
Eine Patientin 28 J, aus Pakistan, mit Abgeschlagenheit, Müdigkeit, ist vor 3 Wochen hier in Deutschland angekommen
Fragen:
-wie gehen Sie vor? Ich habe gesagt ich fange mit der Anamnese an und frage ebenso nach B-symptomatik.
-Was sind B-symptomatik? Ich habe über Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust gesprochen, und dann gehe ich weiter mit der Anamnese und frage ob irgendwelche Fälle von Tuberkulose in der Familie schon bekannt sind.
- Die Patientin hat Nachtschweiß, die Bettlaken sind immer nass, sie weiß nicht ob jemand in ihrer Familie an TBK erkrankt ist, ein Röntgenthorax wurde gemacht und Sie haben dieses Bild! Ich: Es gibt Verschattung im re. Oberlappen+ kavernöse Veränderungen, und das kann mit TBK vereinbart werden.
-Wie gehen Sie weiter mit der Diagnose jetzt?
Ich habe über Quantiferon Test und Tuberkulin-Hauttest gesprochen, Der Prüfer meinte der Hauttest ist ein bisschen veraltet aber er war trotzdem begeistert, da ich gesagt habe, dass nur die Induration und nicht die Hautrötung dabei beurteilt wird.
- Tuberkulin-Hauttest ist hochpositiv, Quantiferon auch, wie geht es weiter um die Diagnose zu bestätigen?
Ich habe hier über Sputum gesprochen und wenn die Patientin nicht in der lage abzuhusten, dann legen wir eine nasogastrale Sonde an drei verschiedenen Tagen ein um Magensaft zu bekommen. Der Prüfer: Prima und wonach suchen wir? wir suchen nach säurefesten Stäbchen Mittels Ziehl-Neelsen Färbung
- wir haben nichts gesehen unter Mikroskope, was machen wir weiter?

Hier habe ich über Kultur gesprochen aber es dauert bis man das Ergebnis bekommt oder kann man auch PCR durchfuhren (er wollte das hören)

41- Fall:



pat. hat auch anhaltende Kopfschmerzen, wir haben eine Bildgebung gemacht, beschreiben Sie das Bild? Hier handelt es sich um MRT kranial, Frontalschnitt, T1-Wichtung, da Liquor schwarz war, es gibt wie ein Tumor mit vielen „Kaverne“ drin und komischem Aspekt.
Fragen:
-Was kann das sein wenn wir logisch denken? Ich: verkäsende Nekrose (er wollte das hören)
-wie behandeln wir diese TBK? Hier habe ich mit Isolation und namentlicher Meldepflicht angefangen und dann Therapie.
-Wie werden wir die Therapie durchfuhren? 4-fach-Therapie für 2 Mo, dann 2-fach-Therapie für 6 Mo. Medikament ? Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid, Ethambutol.
-wir haben die Patientin behandelt und dann hat sie neurologische Ausfälle entwickelt! Wir haben ein cCT durchgeführt, was sehen wir im Bild? Hier gab es einen Ischämischen Schlaganfall.
Was ist die wahrscheinlichste Ursache in dieser Konstellation? Vaskulitis bzw Infekt-assoziierte (er war zufrieden), wie hätten wir das vermeiden können? Zusätzlich Glucocorticoide Gabe (und das wollte er hören)

42- Fall: Rettungstransportwagen (RTW)
Sie haben ein 80 jähriger pt mit RTW gekommen hat Luftnot
Fragen:
was machen Sie? Anamnese VE Vitalparameter dann Röntgen Thorax
er hat mir ein Röntgenbild gegeben? war Pleuraerguss einseitig mit Herzschrittmacher Herz ist vergrößert wie gehen Sie vor, Forosemid iv, wie viel, 50 mg Nein soviel 25 mg ist reicht.
Furosemid 40 mg i.v. als Bolus; bei gutem Ansprechen Wiederholung (am ehesten in halber Initialdosis) alle 4–6 Stunden

43- Fall:
Pat. kam zu uns mit Luftnot, Hämoptyse und rheumatisches Fieber in Anamnese. Auskultatorisch systolikum am Apex. Mitralklappeninsuffizienz. Kann auch kombiniert mit Stenose sein.
Fragen:
-Wie sieht man das in ECHO, was muss man messen, welche Große ist normal? Dann fragte er was für Operation wir durchführen können. Dann Diastolikum in 2 ICR . Aorteninsuffizienz.
-Was für OP? Welche Komplikationen gibt? Typen von Herzklappen.
-Welche Vor- und Nachteile. Allgemeinkomplikationen nach dem Klappenerzatz.

44- Nadelstichverletzung bei einer Krankenschwester?
-was macht man?
die Wunde bluten lassen, Desinfektion, Betriebsarzt informieren) , und wenn der Betriebsarzt nicht da ist (dann D- Arzt), wir müssen auch Labor beim Indexpat. und bei der Krankenschwester machen (Hepatitis und HIV) , dürfen wir beim Indexpat. jedenfalls Blut abnehmen (nein, wir müssen ihn zuerst aufklären und seine Genehmigung bekommen)
-wann muss die Schwester zum D-Arzt nochmal zur Kontrolle kommen (6 Wochen)
-was müssen wir bei der Kontrolle machen (nochmal Blut abnehen und AK nochmal prüfen)

45- Pat. groß und schlank kommt mit Thoraxschmerzen
Fragen:
-DD Spannungspneumothorax, dann Diagnose , was sieht man im Röntgen
-woran stirbt ein Pat. in diesem Fall (Kreislaufstillstand)
-wie behandelt man solchen Pat. (Drainage), wo (Bülau und Monaldi)
-wenn der Pat. Reanimationspflichtig würde, was sieht man in diesem Fall im EKG (Elektromechanische Entkopplung).

46- Fall:
Patient nach OP in Intesive Station möchte die Behandlung aufeinmal verlassen und seine sache anpacken was könnte das sein?
Delir ? was ist Delir? Ursache? Wie kann Mann vorbeugen?



47- Fall:
Die Schwester hat Sie angerufen. Ein Pat. hat K+ von 6.5
Fragen:
-was gehen Sie vor?
-Erst habe ich über Untersuchung und EKG erzählt. Er meinte direkt? Ich über einen häufigen Fehler bei Kalium Abnahme erzählt, beispieleweise Torniquie, oder die Rohrchen lange stehen lassen, das war richtig.
-Was würden Sie machen? Zur Labir direkt geben. Richtig und auch schneller BGA.
-Medikamente? So un so und so, was noch? Er wollte Kalium Brausen



48- Fall:

welche lage bei Patient mit Bewusstlos aber Atmung und Kreislauf stabil, patient in der Station mit Bewusstseinlos und engen Pupillen
Fragen:
-V.d→Morphin Intoxikation
-die Therapie (Naloxon) eine Ampule reich (nein) wie viele ? ich wusste nicht , er sagte 5 alle 5 Minuten,

49- Fall:
Arzt hat sein Dienst beendet und draußen ist bei einem Unfall direkt bei ihm die beide Beine in hohe des Knie amputiert. die Sanitäteren haben die beide Beine direckt tourniqiert.
HB und Hct des Arztes vom selben tag vorher waren: 14, und 40. Die Sanitäterin konnten keinen Zugang liegen und direkt den Patienten gebracht.
Fragen:
-wie werden die werten sein? Ich hab gesagt Hb niedriger und Hct gleich. hat mir gesagt, in diesem Zeitraum wobei keine Verdünnungseffekt war (kein Infusion) dann würden die beide werte wie vor dem Unfall sein
"Sie konnten keinen peripheren Zugang liegen,
-wo versuchen Sie, Zentral, entweder Hals oder leiste. und nehmen wir BLut zur Untersuchung, Blutgruppe und Kreuzblut.
"Der Patient soll direckt in OP". dann wir versorgen Konserven 0 negeativ.

50-Fall:
Sie haben einen Unfall auf dem Weg zur Arbeit gehabt. Werden Sie in Ihrem Krankenhaus operiert werden? Meine Antwort war Ja dann. Dann hat er nicht unbedingt gesagt und gesagt kennen Sie VAV. WAs ist der unterschied zwischen VAV und SAV. Das wusste ich nicht dann hat er erklärt und erzählt wie es läuft bei beiden...das war nicht so schlimm nicht zu wissen.
VAV: Verletzungsartenverfahren. SAV: Schwerverletzungsartenverfahren.


1- Hyperomolares diabestisches Koma
Was machen Sie? korrigieren Sie die Hyponaträmie?muss man nein sagen weil das eine pseudohyponaträmie ist.

2- Eine Frau mit Struma was könnte sein? Hypet ? was machen Sie?Labor ,Sono was ist das?Basdow nein.das war Thyroiditis de Quervain welche Medikamente geben Sie Thiamazol falch !Kortikoide richtig .

53- Fall:
Ein mittelalter Pat kommt mit blutigen Stuhlgang zur ZNA.
Fragen:
Wie gehen sie vor? Erstmal nachfragen wie viel Blut es war, ob nur ein Paar Flecken, ob es massiv rot Blut
-Waum spielt das eine Rolle? es gibt Hinweise auf Herkunft und Ausmaß.
-Welche Verdacthsdiagnosen wenn es frisches Rotes Blut ist? Es könnte z.B eine Hämorroidenblutung sein, eine untere GIBlutung oder auch eine massive obere GI Blutung.
-Was machen sie dan da initial in der Notaufnahme? Allgemeine körperliche Untersuchung inklusiv digital rektale Untersuchung
-Was könnten sie da sehen? Mann kann sehen ob Hämorroiden vorhanden sind oder tastbare tumoren
-Was dann? Gastro und kolospkopie
-Welche anatomische Grenze gibt es für obere und untere GI Blutung?" Übergang Duodenum-Jejunun, Treitz-Angel
-Welche ist die häufigste Ursache für untere Blutung? es gitbt Kolontumore, Hämorroiden, Divertikelblutungen, Chron oder Colitis ulcerosa, oder ggf Polypen die Bluten könnten (ich habe nicht gesagt wecleh haüfiger ist, er hat auch nicht nachgefragt, war schon zufrieden)
-Und für obere ? Ulcus ventriculi, ösophagusvarizen, Gastritis sagte icht. Er wollte acuh ulcus duodeni hören
-mit der Gastroskopie, was kann man sehen über der Blutung? er wollte Forrest Klassifikation hören, alles erzählt
-Was kann man therapeutisch machen bei der endoskopie? Mann kann intrainterventionel Adrenalinspritzen um die Blutung zu stillen
-Was noch? Da sagte ich es gebe auch ne Art Klebstoff der man spritzen kann um zu versuchen die Läsion zu bedecken aber ich kenne nicht den Stoff oder Namen (Er war zufrieden und hat es auch erklärt, ich aber den Namen vergessen, Ectoclot oder sowas vielleicht)
-Was gibt es noch? man kann ein clip legen, oder eine gummibandligatur bei varizen zB (thermokoagulation habe ich total vergessen)
-Und wen nicht davon funktioniert? Op
-Welche zB bei Ulcus ventriculi? Billroth
-Was ist das? je nach welche Magentotalresektion oder Teilresektion
-Wenn es ein Magenkarzinom wäre wie würden sie behandeln? Auch operativ aber man kann auch endoskipisch wenn nur oberflächich
-Wie kann man die Karzinome klasifizieren? Er wollte Laurent-Klass hören, hat auch danach hingewiesen. Intestinal-Typ, Diffus-Typ und Mischtyp
-Welche ist schwieriger zu entfernen? Diffus
-Welche op würde man da machen? Totale gastrektomie
-welche art resektion ist anzustreben? R0

54-Fall:

Ein Fall über ein Pat mit akute Luftnot nach Op (LAE) Vorgehen wenn die Schwester anruft (wie bei ältere Protokole). Dann auch ähnlich aber mit Sprachstörungen (beschrieben eine Aphasie), letztendlich musste man CT machen und in die Neurologie verlegen, schnell wegen mögliche Lyse

55- Fall:
Ein 78 Mann kommt zu Ihnen in der Notaufnahme wegen schmerzhaftem geschwollenem Knie. was denken Sie? hab gesagt Arthrose, nein er hat das früher am großen Zeh (Gicht).
Fragen:
-wie gehen Sie weiter? Knieuntersuchen.. was ist das Zeichen beim Gelenkerguss? (tanzende Patella).
-wie behandeln Sie? wie funktioniert Allopurinol?

56-Fall:
Junge Patientin 25 Jahre alt kommt mit leichtem Thorax Schmerz
Fragen:
-was ist die D.D
-wie gehen Sie vor, der Fall war Lungenembolie nach Laboruntersuchung
-was D-Dimere sehr hoch, als nächste Schritt weil die Pat stabil ist muss Ct-Angio durchgrführt werden hat gesagt ja ist richtig aber die Pat.
-ist Schwanger wie können wir vermuten ohne invasive Methode den Verdachtsdiagnose erhärten? habe ich gesagt Hinweis auf rechtsherzbelastung mit dem Echokardiografie.
-was D-Dimere bedeutet?

57- Fall:
Ein Pat. kam in die Notaufnahme mit Oberbauchschmerzen und Meläna
Fragen:
-VD? Obere GI-Blutung, am ehesten gastroduodenales Ulkus.
-Pat. ist blass und schwach, was könnte die Situation sein? Hypovolämischer Schock.
-Was hat man im Schock? Tachykardie, Hypotonie, Tachypnoe.
-Was machen Sie? schnell Zugang, Labor: insb. Blutgruppe und Kreuzblut (mit Anforderung von Erythrozytenkonzentraten), Schocklagerung mit angehobenen Beinen, Monitoring, i.v. Flüssigkeitszufur, Notfall-Ösophagogastroduodenoskopie mit Ggf. in gleicher Sitzung endoskopische Blutstillung.
- die Endoskopie ist durchgeführt, der Pat. ist zu Ihnen zurückgebracht, Sie müssen ihn überwachen, der Endoskope hat gesagt: das war ein Ulkus im Bulbus duodeni von Forrest I, was bedeutet das?
Aktive Blutung.
-Forrest-Klassifikation?
- gastroduodenale Ulkuskrankheit, Ätiologie, Diagnostik, Therapie?
-Nach einigen Stunden verschlechterte sich wieder der Patientenzustand mit akuten Oberbauchschmerzen, was könnte der Ursache sein? Blutungsrezidiv oder Perforation.
-Was machen Sie? Notfall-Röntgen-Abdomen (Abdomenübersichtsaufnahme im Stehen).

58- Fall:
Beim Grillen kam es zu einer Verbrennung am Oberkörper von einem jungen Mann, Sie sind als Notarzt vor Ort
Fragen:
-Was machen Sie? Entkleiden, Kühlung, Steriles Abdecken, Sicherung der Vitalfunktionen, Prävention einer Hypothermie, venöse Zugänge, Volumensubstitution, Schmerzmittel,
-Wie? i.v., Welche? Opioide
-Welche? Morphin i.v.

59- Fall:
Sie sind in der Notaufnahme, Die Rettungssanitäter haben eine Frau von zu Hause in die Notaufnahme ohne jegliche Informationen gebracht
Fragen:
-Was denken Sie? Was könnte das sein? Ich habe gesagt: Verbrennung. Er hat gesagt: ja, Verbrennung könnte das sein, aber das war nicht der Fall? Ich habe gesagt: das könnte Kompartmentsyndrom sein.
-Definition? Ursachen? Symptome? häufigeste Lokalisation? Behandlung? OP.? Dermatofasziotomie mit Entfernung von abgestorbenen Gewebebezirken (Nekrektomie oder Nekrosektomie).

60- Fall:
65-jährige Dame mit infektiöser Arthritis des linken Knies, Hauptbeschwerde: Starke Schmerzen im Gelenk, Rötung und Schwellung des Gelenks, Schüttelfrost und Fieber
Unfähigkeit, den infizierten Gelenkbereich.
Frage: wie geht man vor?
-Körperliche Untersuchung des Knies, Anatomie des Knies.
-Diagnostische Maßnahmen:
-Punktion Synovialflüssigkeitsanalyse.
-Vollständiges Blutbild der Flüssigkeit (Prüfern die Glukose, Leukozyten, Proteine ins der Sinovialiquid).
-Bakterielle Kultur des Synovialesflüssigkeit.

-Test auf PCR des Liquid.
-Radiographie des Gelenks (Ostitis)
ggf MRT

61- Fall:
bei der Situation, dass einer der drei Prüfer plötzlich das Bewusstsein verlor und zu Boden fiel.
Fragen:
-was ich machen würde? und ich sagte ihr, dass es davon abhängt, ob ich einen Puls habe oder nicht.
Wo misst man den Puls? und dann? ich bitte um Hilfe, um einen Krankenwagen zu rufen
-wie lautet die Nummer? 112 und beginne mit Kompressionen und hier sagte sie mir, ich solle den Schritt für Schritt erklären
-wie viele Kompressionen und Beatmungen, wo? unteres Drittel des Sternums.
-Der Notarzt ist da und was machen Sie jetzt? die Elektroden kleben, wo? und dann? den Rhythmus zu überprüfen
-reichte er mir ein EKG mit einer sehr typischen ventrikulären Tachykardie, sagte mir, ich solle erklären
-was ich gesehen habe und fragte mich, was die Kriterien seien, um eine ventrikuläre Tachykardie zu identifizieren:
Tachykardie war rhythmisch mit breiten QRS-Komplexen und ganz genau (Schenkelblockartig veränderte, regelmäßige, breite (≥0,12 Sekunden) QRS-Komplexe Herzfrequenz um 100-200/Min.
Mehr als fünf aufeinanderfolgende ventrikuläre Extrasystolen (VES) Monomorph. Und was macht es? defibrilliert, mit wie viel Energie? ca. 200 J. Ich habe ein weiteres EKG gemacht.
-der Patient war bereits im Sinusrythmus, aber mit ST-Hebung in aVR und ST-Senkungen ≥1 mm in ≥6 Hauptstammstenose mit schwerer Drei-Gefäß-Erkrankung. was tun Sie?
ihr in einer kardiologischen Klinik zur Revaskularisation anmelden und vor Ankunft in der Klinik -was geben? Aspirin 100-300mg- sollte nicht die Revaskularisation durchgeführt werden? erklären
-wie die PCI ist und ob ein Stenting nicht möglich ist? Ballonangioplastie und wenn nicht möglich? Bypass-Operation
-woraus besteht sie? woher bekommt man die Venen/Arterien für die Revaskularisation? interna (A.mammaria interna) und wenn das nicht reicht? Saphena major.
´=Arteria thoracica interna

-Welche anderen Medikamente sollten dem Patienten gegeben werden? Duale Antiaggregation (ASS, Prasugrel) Unterschied zwischen Prasugrel und Ticagrelol, Antikoagulation in therapeutischer Dosis

-womit ? UFH 70–100 IE/kgKG als Bolus i.v. maximal 5.000 IE B- BLocker, ACE Hemmer, Atorvastatin und bei der Aufnahme je anch Bedarf des Patienten (Analgesie Morphin 2,5 ml langsam, Sedierung mit Midazolam1-2,5 mg i.v O2-Gabe nur bei sO2 <90%, Antiemetikum)

-was passiert, wenn Revaskularisation nicht möglich ist? Thrombolyse, mit was? rTPA (Plasminogenaktivator)

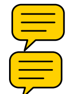
62- Fall:
alter Patient , anamnestisch mehrmals Sturz , nun Kopfschmerzen.
Fragen:
-Diagnose und Vorgehen ?
Es wurde über die Anamnese gesprochen , akute oder chronische Kopfschmerzen ist das wichtigste. CT Abbildung : chronisches subdurales Hämatom ohne Kompression . 15 Tage pro Monat über mind. 3 Monate
- Unterschied zwischen akute und chronische CT Zeichen gesprochen.
Vorgehen : es wurde über klinische Untersuchung , Blutbild, Spreche und Sprachstörungen , Antikoagulation und Antidote gesprochen .

63- Fall:
Patient kommt mit Notausweis, drauf steht : primäre Nebenniereninsuffizienz, bei der Anamnese sei der Patient von Hypophyse operiert .
Frage:
-was denken Sie ? Antwort : der behandelter Arzt hat versehentlich die Diagnose falsch geschrieben
- Ätiologien . Hier wurde keine Antworten gefunden

64- Fall:
Hausarzt und mit dem Sono-Gerät alle Patienten untersuche, da ich es vor Kurzem gekauft habe.
-Was ist HCC? Welche gutartige Raumförderungen ich bei der Untersuchung der Leber sehen kann.
fch1-62 Ich habe ihm gesagt, dann wollte er über allen einzelnen gutartigen Lebertumoren mehr hören.
-Echinokokkose, was ist das? Welche es gibt? Danach direkte und indirekte Hernien.
-Was ist Processus Vaginales Testis? wie gehet der Testis in das Skrotum?) er sagte, dass es die Studenten-Fragen und wenn ich die nicht wüste, dann es ist gefährlich für die Patienten sein könnte.

HNO

1-Fall: Pat. mit Heiserkeit welche Nerv ist verletzt. 



Welche Krankheit in Mediastinal macht das habe ich gesagt Ösophagus Karzinom hat er gesagt nein dann hat er gesagt Thymus Karzinom und hat er mir gesagt noch eine habe ich gesagt in Aorten Aneurysma hat er gesagt ok sehr gut.

2-Fall: ein Patientin kam zu mir in der HNO mit borkiger Sinusitis udn Abgeschlagenheit. Wie gehe ich vor. HNO Untersuchung - destruiert Mukosa und NNHs. Fragen nach Lungenbeschwerden Fragen bei V.a. Wegener. Welche sonstige Organ getroffen - Nieren. Weitere Tests zur Diagnosesicherung. Therapie. (Diese Frage ist nur wegen meiner Fachrichtung, ich würde keine Wichtigkeit zu dem Fall geben)

3-was ist Corona , wie heißt das Virus, was wird es in der Media genannt, COVID als Abkürzung) (COrona VIrus Disease) warum 19, was bedeutet die Abkürzung SARS(severe akute Respiratorische Syndrom)was für ein Virus ist Covid-19? Ein RNA behüllte Virus Warum ist das Virus mit Seife bekämpft? aufgrund der fetthaltigen Hülle. Welche Medikamente sind dagegen benutzt worden ? Warum Methotrexat? Warum Antibiotika trotz der viralen Ursprung?

4-Fall:
Ein Pat. kam in ihre Praxis mit Fieber und Halsschmerzen.
Woran denken Sie?
Bei dieser weltweiten Situation zuerst an COVID , sagte ich. Dann COVID Diagnostik.

5-Fall:
Patient mit Halsschmerzen, vergrößerte Mandeln mit Eiter.
-Was könnte sein? Streptokokkus, Mononukleose
-was noch? Früher gab es, heute nicht mehr wegen Impfungen. Diphterie.

6-Fall:
Kind mit Schmerzen im Hals
-V.d ? Tonsillitis? und ohren schmerzen : was konnte das sein? Entzzündung im mittel ohr.
-ist das Aszierende Infektion?Nein, es ist blockierung vom Eustachien röhre durch Ödem hören.
-Therapie? ABX ? Analgesie? Nasen Tropfen wollte sie auch hören

7- Fall:
Eine 15 jährige Mädchen kommt mit Halsschmerzen...Anamnese..Untersuchung.. sie hat Tonsillitis wie geht es weiter? Symptomatik Therapie und Antibiotika...nach ein paar Tagen kommt sie mit Gelenkschmerzen...rheumatisches Fieber..Dann hat er ein Bild gezeigt...Ich hab die erythema beschrieben...war nicht wie erythema migrans oder nodosum...dann hat er gesagt das ist erythema annulare...therapie.

Randbetonte, leicht erhöhte Plaques mit rascher Ausbreitung

Psychiatrie

1-Wir haben die Pat. behandelt gegen Hypothyreose und Anämie, aber Sie kommt wieder mit Beschwerden(Schwäche, Kraftlosigkeit, Schlaflosigkeit, schlechte Laune) .
Meine Antwort Depression. Ok was machen wir , ich habe gesagt Psychiatrisches Konzil. Die Prüferin hat gesagt dass wir selber die Pat vorstellen und mit Ihr reden, Psychotherapie machen.

2-Was ist Definition von Depression? Welscher Medikamente gibt. Was machen wir bei leichter Depression- Psychotherapie. Bei Mittelschwerer? Antwort eher Antidepression. Welcher? 2- 3 Gruppen und Medikamente genannt. (diese Thema habe ich nicht gelesen, nur Übersicht der Medikamenten)

3- diese Pat. Kommt in einem Tag und sagt, dass sie nicht mehr kann und sterben will. Antwort : Psychiatrische Klinik .
4- die Pat will nicht . Ich dass die Polizei einschalten. wer noch, Ordnungsamt. Ich habe gesagt, dass wie rufen PsychKG nur wenn die psych. Kliniken den Pat. nicht direkt übernehmen wollen
sie hat gesagt , dass als Allgemeinmediziner in der Praxis müssen sie per PsychKG machen.
was ist PsychKG ?-- Psychisch Kranken Gesetzt.

4-Delirium
-Definition?
sind die Abnahme von Acetylcholin (Ach), die Zunahme von Dopamin (DA), Norepinephrin (NE)
-Erste und wichtigste Neurotransmitter ist Acetylcholin, Behandlung mit Haloperidol oder Risperidon.

5- Depression, mit Diagnostik , dazu habe ich nicht viel erzählt, Therapie.
Dann was machen wir wann Pat mit suizidale Absichten kommt, dürfen wir ihm entlassen?
Meldepflichten Erkrankungen.

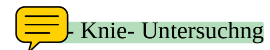
6- wie unterscheidet man zwischen akuter Verschlechterung von Alzheimer und Delir



g2 (17ß19)

Körperliche Untersuchung

1-Bei der Untersuchung musste ich zusätzlich die große der Leber bestimmen, Kniegelenk Untersuchen(hab ich nur teilweise, der prufur hat geholfen und ergänzt.) und wie kann mann die venöse insuffezienz palpatorusch untersuchen (wollte die Bruchpforten, also anastomose zwischen superfizuel und tiefen Venensystem hören. Wie viele Pulsen gibt es am Fuß? .. Körperliche Untersuchung: neurologische Untersuchung nach Polyneuropathie nicht vergessen! Gynäkologische Anamnese nicht vergessen!



2- Knie- Untersuchng

3- Die neurologische Untersuchung sollte nicht ausfürhlich durchgeführt, aber trotzem hat er Fragen über Sensibilität, Motorik, Kraft gestellt (Video auf Amboss anschauen, sehr hilfreich).

4- Babinski reflex beschreiben wie sieht der Fuß aus wenn positiv,

5- Prüfer war ein bisschen zickig, bei der KU hat über Patella Untersuchung gefragt, wie man bei der Untersuchung die Lebergröße bestimmen kann(Perkussion und kratzen +Auskultation), was sind die Zeichen einer venöse Insuffizienz?

6- Was schreiben Sie im Brief wenn die kardiolog. und Pulmo. Untersuchungen unauffällig sind ?
7- Dann Herz und wo können wir die Klappe abhören 2 ICR re. (pulmonale klappe) usw... dann hatte mir gesagt, Lungen Auskultation mit Bronchophonie und Stimmfremitus. Dann Pulse untere Ext. Und wie heissen die Gefässe , dann hat mir gesagt RR obere (115/80 mmhg) und Untere (130 mmhg) Ext. (am Unterschenkel habe ich die Manschette gelegt und A. Dorsalis pedis getastet), dann Frage : könnte das Normal sein, habe ich gesagt, Ja könnte sein (Knöchelarm Index im Normbereich noch).

8- Divertikulitis Untersuchung
1-Bei Abdomen Untersuchung, war der Prüfer neben mir, Abdomen war weich, Druckschmerz im linken UB ansonsten nichts besonders, dann war die weitere KU vom Prüfer abhängig, hat gefragt ob ich schon eine Diagnose im Kopf habe (Divertikulitis) und was steht dafür (die Lokalisation der Schmerzen, akutes Charakter) hat gefragt ob Divertikulitis nur Sigmoid treffen kann (nein aber meistens ist Sigmoid getroffen, ja klingt dumm als Antwort, aber das ist genau was er hören wollte) dann hat nach DD gefragt,

2-Zeichen der Appendizitis, Rovsing Manöver durchführen, und wieso kommt es zu Schmerzen im UB rechts (Besonderheit : fast die ganze Prüfung und Fragen waren physiopathologisch orientiert) ich habe über Verbreitung des Drucks über Kolen durch Ausstreichen.. hat gesagt ja aber es ist mehr Flüssigkeitsbewegung, dann Murphy Zeichen, auch wieso,

3-er hat bemerkt dass ich Darmgeräusche auskultiert habe und hat gefragt wieso auch, Perkussion auch wieso macht man das,

4-dann welche Pulsstatus, von cranial nach kaudal, ich hab mit Karotis puls angefangen, hat gefragt wieso muss man nicht gleichzeitig beide tasten (Risiko von vasovagaler Synkope) wieso, und wie heißt diese stelle die Synkope verursachen kann, dann Allen Test durchführen, und weiter mit Pulse und entsprechende Arterien,
in welche Arterien teilt sich die fermoralis im Oberschenkel,

5-wie führen Sie die neurologische Untersuchung (ganz grob, Gesichtsfeld, Augen Mobilität, Sensibilität in Trigeminus Areale, Patellar- und Achillessehnenreflex und Babinski und wann sind die pathologisch, das wärs für Anamnese und KU, zeit massig, keine Ahnung.

6- der Prüfer hat mich gefragt: was sind Krampfadern und welche körperliche Untersuchungen machen Sie um Krampfadern zu bestätigen?

7- **Aortenisthmusstenose** (ISTA) beim Kind (hier Untersuchungsmethode bei Diagnosestellen).
8-wie bestimmt man die Lungengrenze.
9-Wie untersucht man Augen für Ikterus? Sonst verläuft alles normal.
10-Wann macht Blutkulturen?? mit allen Patienten oder wie??
11-dann er hat mir gefragt warum machen wir Perkussionen, nur zu cocken ob ein gedümpftes oder hypersonäre Klopfschall vorhanden ist oder was noch!!?
Wie kann Mann wissen ob die Lungenstrahlung in Ordnung ist (keine über- oder Unterstrahlung der Lungen)? Was denken Sie wo ist der Patinet jetzt und wieso?

12- Der Prüfer hat bes. für Atemverschieblichkeit und Nierenlager KS und Palpation gefragt.
13-Morphyzeichen und Lymphknoten (Alle von oben bis unten über Sauspielerin geprüft).
14-pretibiale und perimalleoläre Ödeme (Die Pat. hat eigentlich dellende Ödeme + !)

15- nach detaillierte Untersuchung der motorischen Ausfälle an unter. Extremität, wollte zusätzlich Schulter, Knie- und Hüftuntersuchung, Neutral-Null-Methode. Lasegue Zeichen.

16-Reflexe auch testen wollte (patella unf adduktoren L2–L4 , Achelissehne S1 , DRU analsphincter S3-S5)

17-Basis wissen: Herztöne, herzgeräuche, über Rasselgeräusche (wann fineblasig wann grobblassig)



18- wie wirkt Sono er will hören Schallwellen und st Ultraschall heißt über den Schall können sie nicht hören.

19- Untersuchung:
Ich hab mit Bauch angefangen (zuerst immer Auskultation!)
==>Niere (nur bds geklopft)
==>Herz (Erbs Punkt; AK; PK; MK) hab während Untersuchung Puls a.rad auch getastet
==> BD Messung (soll bds gemacht werden, ich hab nur einseitig geprüft, dann der Prüfer sagte, dass ich nochmal messen soll. Antwort: ich weiß, dass zweimal ist Pflicht, aber ich hatte nicht so viel Zeit).
==>Pulmo: Perkussion hinten, Auskultation hinten, dann das gleiche vorne
==>Pulsstatus: ich hab nur aa. radialis bds, aa. ulnaris bds, a. carotis li, a. carotis re (carotis nur eine abtasten, nicht bds zusammen!), aa.femoralis bds, aa tibialis post bds, aa. dorsalis pedis bds
==>Neurologie: ganz grob peripherie Sensitivität obere/untere Extremitäten, Kraft Hände/Füße bds zusammen. Reflexe: brachialis, patellar, achilles, Babinski

---

Rechtsmedizin/Mischung:

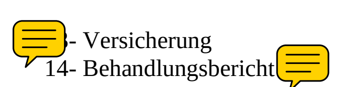
56g2muss muss muss muss muss

1-Berufsgenossenschaft
1-was ist es, wie läuft das?
2- aufgaben von Ärztekammer, Versicherung von Schüler (auch BG wie bei Erwachsenen) 3-sind wir von BG versichert
(Ich wurde auch gefragt über Krankenkasse (Ein Kind ist auf den Weg zu Schule aus dem Fahrrad gefallen und in die Notaufnahme gebracht..
wer bezahlt die Behandlung ..was macht auch diese Krankenkasse ?
4-Kind hatte Unfall auf dem Weg zur schule. Wie ist versichert? BG.
5-Wofür sind die auch zuständig? Behandlung, Reha, Umschulung, Rente, Prävention (die letzte war ihm wichtig).
6- wenn jemand jemandem bei Unfall hilft und er hätte selbst auch einen Unfall, ist er über BG versichert? Ja(wusste ich nicht, Bonusfrage)

1-Bestandteile einer medizinische Aufklärung (bei elektive Prozedere), wann warum, wie dokumentieren
2-Todeszeichen
3- Patientenverfügung
4-Vorsorgevollmacht
5- Sie haben Nachdienst, ein 95 Jahre alt Pat kommt mit schwere Pneumonie, intubieren Sie? mein Antwort war: wenn Pat wach und orientiert ist, frage ich ihn
6-Totenschein ausfüllen, was kreuzen Sie da, bei der 90j Patientin (Schenkelhalsfraktur dann Pneumonie) wen rufen Sie an ?
7- Pat. wurde Chirurgisch bei Fraktur bei Alkoholintoxikation operiert, dann internistisch übernommen bei kardiale Dekompensation.
8- Auf Station in der Nacht ist er Tod vorgefunden (Junge Pat). Was machen Sie) ich wollte mit Bestätigung des Todes anfangen, hat mich unterbrochen und den Tod bestätigt, was dann? Ungeklärt, Polizei verständigen. Fertig .. Aufklärung , sind die Vordücke nötig? nein, kann mann selbst schreiben
9-Verlegung eines Patienten aus Ausland (Wie) ????
10-Rö Thorax mit pneumothorax, Befund, Therapie. Pat. Nach OP Tod. Ungeklärt, Polizei verständigen.

11- Wenn Pat. betreut ist, und/oder einen Vollmacht hat, wo steht, dass eine Behandlung abgelehnt wurde, aber Pat. will trotzdem behandelt werden. Was machen Sie?(Sie müssen Pat behandeln, egal wo und was unterschrieben ist!).

12- Unterschied zwischen Leitlinien (Empfehlungungen)und Richtlinien (Pflicht)



13- Versicherung
14- Behandlungsbericht

15- Kind auf dem Weg nach schuhe? Welche veesicherung? BG? Aufbauen? Bezahlt,rehabilatiin,rente,prevention.

16- Todzeichen? Unklare ?stichen spritzen Oberartz hat gesagt kein polizie gegen deine Meinung? Unterschrieben sie die schon? Nein

17- Krankenversicherung : BG, Krankenkasse, Privatversicherung.

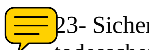
18- Juristische Fragen über Aufklärung, wann soll der Chirurg/ Anestesit der Patient wegen OP aufklären ?

19- Todeszeichen wann beginnen die flecken und die Starre.
Kein todeschein füllen vor Bestätigung des Todes.

20- Fragen über Todeszeichen und Uber Schweigepflicht .

21- Definitive Todeszeichen.

22- Rechts und Leitlinien mit Beispiele


23- Sichere Tod Zeichen und Unsichere Zeichen ? Sie sind Rettungsarzt ein alte Pat ist Zu Hause gestoben ,dürfen sie todesschein Schreiben


24- Ab welche alter Kinder dürfen selber über ihr Behandlungen entscheiden?

25- Jemand wegen Kontakt bei corona patient muss zu Hause bleiben aber hat keine Symptome, dürfen wir arbeitsunfähigkeits schreiben?


26- Psychisch-Kranken-Gesetz

Die Psychisch-Kranken-Gesetze bezeichnen die deutschen Landesgesetze, die die freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Menschen im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus regeln. In vielen Bundesländern werden sie als PsychKG abgekürzt.

27-Fall: Pat. Auf station bewusstlos , kein Puls ,wie gehen sie vor
Würdest du ihm reanimieren so auf dem Bett oder ziehest du ihm azf dem Boden , Bett in CPR position und wie viel cm reanimieren wad gebest du am anfang , adrenaline ,dann hat er VT ,was gebest Amiodarin 300 mg .
Nach 30 Min. Erfolglos ,was sind Sichere todeszeichen , sichere Frakturzeichen .

28- Leitlinie und Rechtlinie Differenz und Beispiele

29-Fall: Patient auf Station, Schwester sagt er atmet nicht, was machen sie? Zur Patient gehen ABC, Reanimation beginnen usw. Einfach so? ich: ja?. Sie: möchten Sie sich nicht zuerst die Akte angucken? ich: nein 🙃, also wenn mein Patient nur vor kurzem Zeit lebendig war und jetzt atmet er nicht, nein . Sie wollte eigentlich über Patientenverfügung hören. Ich habe selbst das erwähnt aber es hat gedauert bis ich darauf gekommen bin.

30-Fall:Was macht man bei einer 95 J Patientin die eine Risiko OP haben muss? Muss man wirklich operieren? Patientenverfügung erklären.

31- Was macht man bei einer 95 J Patientin die eine Risiko OP haben muss? Muss man wirklich operieren? Patientenverfügung erklären.


32- eine 93 jährige Dame mit akuter arterielle Verschlusskrankheit. Sie wünsch keine OP, keine invasive Eingriff. Was machen sie? Die Dame kann selbst entscheiden, dann ich würde ihren Wünsch respektieren und einfach konservativ vorgehen mit Analgesie damit sie keine Schmerzen hat. Ja und was noch? Ich habe alles mögliche erwähnt er wollte aber das wir alles dokumentieren müssen hören.

33- Was ist Behandlungvertrag? der hat mir geholfen um die richtige Antwort zu kommen. Es war Diskussion.

34- Krankenkasse Typen in Deutschland,(Detailliert über Berufsgenossenschaft)


35- Fragen über Schweigepflicht und wann kann es abgebrochen werden.

36-wie bzw. woher kommt das Geld zum Krankenhaus? Der Prüfer wollte was von (DRG) hören.
37-Sie sind als Facharzt in einem Krankenhaus und möchten weiter als niedergelassener Arzt arbeiten, was machen Sie?

38-Fall:
einer junger Patient hat eine kleine Op bei uns gehabt, würde am Tag danach entlassen, am Abend wurde er tot gefunden.
-Würden sie das als natürlicher Tot bezeichnen und wenn nicht warum. ? ungeklärt

39- Frage über Niederlassung, Krankenversicherung Typ,

40- Dann die letzte Frage war was sind die Toten Zeichen ? (sichere und unsicher) dann sagte was sind die sicher? (Leichenstarre und Leichenflecken, Fäulnis)

41- Was ist BG? Wer sind dadurch versichert? Welche andere Versicherungstypen geben. Beispiel inergesetzlichen Krankenkasse?

42-Fall:

-du als Notarzt bist in einem Einsatz und hast du ein bewusstloser Patient gefunden wenn kannst du wissen ob er Tod ist?
Sichere und unsichere Todezeiten habe ich erzählt.
-Patient kommt in die ZNA und ist Tod was ist das. Unklarer Tod muss Polizei benachrichtig werden.
-Patient nach 3 Tage nach Hüfte-Op ist auf Station Tod gefunden was ist das, auch unklarer Tod.





43-Was ist Approbation? Wie bekommt Mann eine? und eine kurze Diskussion über die Fachrichtungen.
44-Röntgen Anmeldung? (Approbation und Strahlenkurs).

45- Sie werden einen Pat operieren.
-Ab Welchem Alter können Sie ihn Operieren? Ab 18.
-Können Sie nicht junger Menschen auch? ja ich kann ab 14 Jahre alt aber in Anwesenheit der Eltern oder ein von Ihnen. Hier hat die Prüferin gefragt: Soll die beiden Eltern dabei sein: je nachdem, wer für ihn zuständig ist. Wenn die Beiden zuständig sind, das heißt die beiden, wenn Alleinerziehender das heißt es reicht der Alleinerziehende.

46- Fall:
Du wirst von der Nachtschwester angerufen, sie hat den Patient 94jahre, 4 Tage Post OP Tot gefunden, gedacht mehr als eine halbe Stunde.
-Natürlich oder nicht Natürlich? (Nicht natürlich wegen post-op). unkare tod laut der Gruppe
-Was machen sie?
Tod feststellen. Also sichere Todeszeichen erwähnen.
-was machen sie bevor die Untersuchung durchführen.(Hier hab ich an Polizei gedacht oder so) Nein, sie müssen die Pat erst AUSKLEIDEN!! Ich hab zu tief gedacht und er wollte einfache Fragen. auch nach medikam
-bevor der Pat weggebracht wird was machen sie? (Zweite Todesfestellung).

47-Pt kommt nach Magensonde Anlage von der Innere bei Ihnen in der Psychiatrie und stirbt.
-Unnatürliches Tod , Polizei anrufen. unkare tod laut der Gruppe

48- Was ist Schweigepflicht?
Wann sind wir entbunden? Bei der Krankenkasse und einige Fälle bei der Polizei (Fahrunfähigkeit wegen Epilepsie). Zum Hausarzt darf man auch nur Auskunft geben, wenn der Pat es erlaubt.
-Was muss man bei eine Aufklärung sagen? Darf ein Pat einen Eingriff ablehnen? Darf der Arzt ein Eingriff ablehnen? (Beide ja).

49-Mutterschutzgesetz gefragt und sie wusste es nicht, dann hat er bei mir versucht und ich wusste es auch nicht 😅. Von wann bis wann?
-Darf sie früher zurück zur Arbeit kommen? Nein. Darf sie Dienste während der Schwangerschaft machen? Nein.



50-Was bedeutet S3 Leitlinien und welche anderen Arten von "S" gibt es (s-konsensus und s-Evidenz)

51-was wissen Sie über die Genfer Konventionen?

52-Organe Spender gezeigt, wann machen wir Organ Spende? bei Hirn Tode Patienten, ok wie Kann man klinisch bestätigen und wie?

53-17 Jahre alt Mädchen mit Gonorrhoe, dürfen wir die Mutter nicht erzählen (Schweigepflicht) usw.

54-Unterschied zwischen GKV und PKV ? Solidarität und Equilant Prinzip

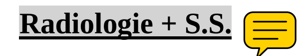
55-Welche Kostenträger kennen Sie? gesetzliche KK (Beispiele? AOK, TK) , private und BG.
56-Was ist BG? Kann jedem gehen und über BG für eine Grippe sich behandeln lassen? Nein nur Arbeitsunfälle.
57- Was noch? Schüler, kindergarten, Studenten.
58-Ok und die andere extreme bzw. Kinderkrippe? Habe ich ja gesagt, dann sagte er neee das ist etwas spezielles.

60-Unterschied zwischen Weiterbildung und Fortbildung.

61-Was ist Fachkunde?

62-Organspendeausweis gezeigt: Kennen Sie was ist das? Was bedeutet? Durch einen Organspendeausweis erklärt der Behalter seinen Willen oder Zustimmung bezüglich einer Organentnahme zu Transplantationszwecken im Todesfall. Wann z. B.? beim Fall eines Hirntodes, Hier viele Fragen nach Hirntod? Und Diagnostik? Elektroenzephalogramm (EEG): Null-Linien-EEG, Wenn es nicht verfügbar ist? Duplexsonographie der Carotiden.

63-Wie verschreiben Sie ein Betäubungsmittel? BtM-Rezepte



Radiologie + S.S.

71g Röntgen:

Spannungspneumothorax https://next.amboss.com/de/article/vh0Aff?q=spannungspneumothorax&m=c5baQ8#Z7c3bd694c7b090c6b205c70e6a314503
warum sieht man das selten im Röntgen? (weil es eine klinische Diagnose ist),
wie sieht es klinisch aus? (wie tief Solen wir die dringe reinschieben)

-Röntgen mit apikalem Herd https://next.amboss.com/de/search?q=herd&v=overview&m=gKbFfu

-Röntgen Mit Pneumoperitoneum https://next.amboss.com/de/search?q=pneumoperitoneum&v=overview&m=00Xee9

3-Ileusbild, Pneumonie https://next.amboss.com/de/search?q=ileus&v=overview&m=O0XIT9 https://next.amboss.com/de/search?q=ileus&v=overview&m=ntY7VI
https://next.amboss.com/de/search?q=ileus&v=overview&m=6Oajtk

4-Rippenserienfraktur https://next.amboss.com/de/article/8h0Off?q=rippenfraktur&m=RLalxO#Z9303dddb19f5a7a9560ecf04932995d0
https://next.amboss.com/de/article/8h0Off?q=rippenfraktur&m=AnaRDO#Z9303dddb19f5a7a9560ecf04932995d0

5-freie Luft in links Seitenlage https://next.amboss.com/de/search?q=freie+Luft+in+links+Seitenlage&v=overview&m=oA00ki

6- Röntgenbild in Seitenlage mit freier Luft bei Leber und Kolon war erweitert, was kann das sein? (Kolonperforation) und wie heißt diese Situation? (Seitenlage) machen wir CT oder OP? (OP wir müssen Zeit nicht verlieren), im Stehen.
7- Röntgenthorax und es gab einen ballonförmigen Schatten vor dem Herzen mit Gas- Flüssigkeitsstand, was ist das? (Abszess) das kann sein aber ist nicht (Darm) ja und was bedeutet das? (Hiatus Hernie) wie ist die Behandlung?(operativ entweder Fundoplicatio oder Hemifundoplicatio) nach wem? (nach Nessen) https://next.amboss.com/de/article/Ch0qTf?q=Hiatus&m=SG0yAh#hidcrp0

-Ich bin Kinderärztin ich hatte Röntgenbild Für Morbus Hirschsprung Definition und Behandlung
https://next.amboss.com/de/article/q40C4T?q=Morbus+Hirschsprung&m=3A0Sji#Z45c8840dec1b8d4299f87b635f3510d3

9-Rö-Abdomen mit Hohlorgan Perforation https://next.amboss.com/de/search?q=Hohlorgan+Perforation&v=overview&m=qtYCel

0-Bild von Ulkus ventrikuli. welche Stadium (Forrest) ist es?) (beschreiben Sie das Bild, immer strukturiert vorgehen, z. b, p.a Thorax, mit Mittellinie Verschiebung, Kein Nachweis pneumonischer Infiltrate, keine Ergussbildung, keine vergrößerte Lymphknoten oder RF... etc. https://next.amboss.com/de/article/zg0rB2?q=ulcus+ventriculi&m=zharg4#Zd28f88477c79919bf80d984d5995d640

https://next.amboss.com/de/article/K30Ujf?q=Unterschenkel+mit+komplizierter+Fraktur+beide+Tibia+++Fibula&m=Ucabbj#kmamfO
11-Bild vom Unterschenkel mit komplizierter Fraktur beide Tibia + Fibula. Der Pat.
Ist wach ansprechbar, beschreiben Sie das Bild. Wie gehen Sie vor ? Kompartment Syndrom alles

12-Röntgen Bild ich hatte Pertrochantäre Femurfraktur. Es gab keine Fraktur Linie . Prüfer hat mir aber geholfen. Ursachen bei alten Menschen? Niedriger azanstrauma und Osteoporose https://next.amboss.com/de/article/L30wQf?q=garden-klassifikation+der+oberschenkelhalsfraktur&m=wMbhI8#Z7

13-Rö Thorax mit Pneumothorax, Befund, Bild war nicht superdurchgeführt.
Pat. mit zunehmender Dyspnoe seit 2 Wochen, li Lunge kollabiert.

14-Wie kann man eine Spannungspneumothorax diagnostizieren im Rö (Mediastinum). Therapie mit Details bezüglich Durchführung der Drainage, mögliche Komplikationen, Warum benutzt man Tabakbeutelnaht? nicht nur zur Fixation sondern auch zur Hinderung der intrethorakalen Einfluss von Luft .. Röntgen- Thorax mit Schrittmacher, nur beschreiben ..

15-Röntgen-Thorax mit Spontanpneumothorax
beschreiben, Therapie? Wo legen wir Bülau- Drainage? Typen von Drainage?

16- ganz kurz das Rö-Bild beschreiben: symmetrisch, Röntgentransparenz, Zwerchfellkopplung, Rippenwinkel, Trachea im Vergleich zu den Vorsätze (Mediastinum Verlagerung)

17- Pneumothorax: Spannung Pneu, Ich sollte zeigen wo man den Bülau-Kath legen soll.

18- Pneumothorax: Spannung Pneu, Ich sollte zeigen wo man den Bülau-Kath legen soll.

9-Dekomp. Herzinsuffizienz mit PE bds. https://next.amboss.com/de/article/rS0faf?q=Dekompensierte+Herzinsuffizienz&m=POaWsk#Zf73dc717a7c35248a49f9f8018833ee7
https://next.amboss.com/de/article/rS0faf?q=Dekompensierte+Herzinsuffizienz&m=7OX4Fy#Zf73dc717a7c35248a49f9f8018833ee7

20- 3 Rö von Hohlorganperforation, Pneumothorax und Pleuraerguss. Viele Fragen über diese Themen.
1- Rö : grünerholz fraktur

22- Rö wurde mir gezeigt war Hiatus Hernie und frage darüber z.b Klassifikation Ursache Komplik und Therapie
https://next.amboss.com/de/article/Ch0qTf?q=Zwerchfellbruch&m=ROalHk#Zf3da081fd6a7e9a2f0b03f04ee689cae

23- Pat. Mit Pneumothorax. Rö wurde gezeigt, Beschreibung, Behandlung?

24- Rö Pneumonie , alles über Pneumonie und Behandlung(Antibiose) Keime. keine Verbesserung wann ändern wir die Antibiose. (2 bis 3 Tage)

25-Patient jung Gribbe seit ein woche,kam heute normal atemgerausche eine seite,andere Seite kein atemgerausche, Rö zeigen am monitor? Was ist falsche im diese Bild? das bild ist Abgeschnetten? Rö(eine Seite war complete kollabiert wie ein runde oben das herz,keine Linie oder so)? Pneumothorax.behandlung? Im kh bülau wie macht man das? Was gebt in IKR?n, arteria, (oben oder ünten schnitt?),muskel

26- Bild Schulterdislokation https://next.amboss.com/de/article/P30Wif?q=Schultergelenkluxation&m=HsYKwq#Z94c34834efabe2917519e204f2ce6759
Komplik? Brachial plexus,art.axillaris

27- Rö mit chesttube? Pneumotheorax

28- Schulterluxation Röntgen(mit Beschreibung, Anatomie und Behandlung)

29- Röntgen- Abdomen gezeigt(das war Ileus. Ursachen? Typen? Was könnte bei dieser Patientin Ursache sein(Adhäsion)Komplikationen und Therapie?

30- Röntgen- Thorax mit Hyatushernie(Bescheibung)Typen, Komplikationen und Therapie?

31- Distale Radiusfraktur- Röntgen mit Anatomie und Therapie
https://next.amboss.com/de/article/O30lif?q=Distale+Radiusfraktur-&m=_ca5Uj#Zdca77c3f445be7236df301dcbbb3fb05

32- Fibula Fraktur und Management (Röntgen gezeigt)

33- Kolles Fraktur mit Röntgenbild . Was ist der Unterschied zwischen kolles und smith..

34- ein Röntgen in 2. Ebenen mit Schultergelenkluxation , gefragt über die Varianten zur Reposition einer Schulterluxation(Der Prüfer wollte wissen wie man der Reposition nach Arlt durchführen kann).

35- 2 Röntgen bekommen SG Fraktur Typ B Und Typ C und Behandlung.

36- Röntgen Thorax mit Hiatus Hernie

37- Röntgen Bild von Sprunggelenk Fraktur Weber b, c.

38- Schulter Luxation, Rö Bilder, Vorgehen.
Aufklärung vor jedem Angriff weil es eine Körperverletzung ist. Wann kann man ohne Aufklärung behandelt werden?

39- Rö. Thorax mit Pleuraerguss die Behandlung. Thorax Drainage Stelle. Pat. nach Trauma Luftnot und Hämodynamisch nicht Stabil die Diagnose ist Spannungspneumothorax Behandlung.

40-Ro-Thorax mit mehreren Drainagen. Interpretieren Sie das Bild. Was ist diese Drainagen ? Zeigen Sie wo Zwerchfelle sind. Was ist ihre Diagnose ? Es war ein Pneumothorax mit Rippenfraktur nach Trauma.

41- dann Rö vom Oberschenkelhalsfraktur Klassifikation,Garden und Pauwel , Differenz zwichen Valgus und Varus und Behandlung

42-Rö vom TEP Oberschenkel , Typen, vorteile und Nachteile,

43- Arthrosezeichen im Rö https://next.amboss.com/de/article/bT0H62?q=Arthrosezeichen&m=jLY_xp#Z53253b1a4761b97ca147c1ab6fb13dd2
https://next.amboss.com/de/article/bT0H62?q=Arthrosezeichen&m=C8bqKv#Z53253b1a4761b97ca147c1ab6fb13dd2

44- Rö Thorax pa (Pneumothorax - Beschreibung und Behandlung)

45- Fall: Abdomenübersicht-Röntgen im Liegen beschreiben (hier war ich ehrlich durcheinander, weil mir die Lage des Röntgen nicht klar war, dann ist mir eingefallen, freie Luft ventral!) dann hat er nach meinen Verdacht (habe Perforation gesagt, wollte er aber näher wissen, was perforiert sein könnte. Ich habe GI-Ulkus, Colon-Perforation. Hier hat er gefragt wo genau im Colon ist die Perforation am häufigsten, er wollte eigentlich Sigma-Divertikulitis Perforation hören)
Zweite EKG war ein AV-Block Wenckebach (beschreiben)
Was machen Sie (hier habe ich wieder HSM-Implantation erwähnt 😅😅, dann hat er gesagt er nimmt Betablocker und hat Durchfall, hier habe ich gesagt dann Betablocker pausieren und Hyperkaliämie ausschließen und ggf. behandeln)

46- Röntgen Bild des Unterschenkels zeigen (Fibula/einfache Fraktur/ +Tibia/ dislozierte mehrfach Fraktur/)
-wie gehen sie vor ? Ich habe Fragen gestellt er sagte geschlossene Fraktur aber er fragte
- welche Unterschied ist zwischen erste und zweite Grade der öffnen Frakturen? G1: von innen nach außen, G2: von außen nach innen welche osteosynthese wird bevorzugt? Warum ist Marknagel besser als Platten? Wann Fixaturexterna? Welche Komplikationen erwartet mann hier? Was ist Kompartment S ?Was sollte hier untersucht werden (auch die Nerven nennen)?

Wie wird es diagnostiziert? Welche Druck erwartet man und was ist normal? Was ist die Behandlung? warum kommt es bei geschlossene Reposition zum Kompartment S? Ist die puls noch tadtbar erhalten Pt wurde operiert , eine Komplikation ist aufgetaucht und er ist intubiert worden , dürfen wir seinem Sohn die Situation mitteilen? Nein wer entscheidet falls er kein PT Verfügung schon gestellt hatte? Das zuständige Gericht ordnet die Betreuung an , wir empfehlen & er entscheidet.

47- Röntgebild und CT gezeigt: Ileusbild mit Kalibersprung. https://next.amboss.com/de/article/230T3f?q=ileus&m=ooX01_#Zf248546dd6fad22cb9a442f7b88a1a70

48- Röntgenbild gezeigt mit 3 Drainagen und Infiltrationen

49-: Pneumothorax am Röntgen. Wie legen wir die Drainage ein? Lungenembolie? Was machen wir bei solchen Pat. (Heparin, Fogarty Kat, TEA und Extrakorporälle Kreislauf in den großen Zentren) Strahlenschutz (5A Regel und LARA).

50- Rö Abdomen im Stehen: Warum bildet Spiegel

51- Röntgen abdomen hohlorganperforation

52- Röntgen Bild mit Fibula- und Tibiafraktur: Was ist das. Wie behandeln Sie. Welche OP Möglichkeiten gibts.

53-Fall:
60 J Pat ist zu ihnen gekommen mit leichter Dyspnoe seit Tagen, er ist raucher und Sie haben dieses Rö-Thorax gemacht, bitte erklären Sie?
War COPD mit Zeichen von Lungenüberblähung im Röntgen.
Was ist der Unterschied zwischen Asthma und COPD? https://next.amboss.com/de/article/3h0Sdf?q=copd&m=tK0XRS#Z0f05e84bc654d358a399384fdd42cdd0

54-Fall:
Rö: SHF, Garden Pauwels, Therapie,
Was machen Sie nach der Feststellung der Diagnose? OP Aufklärung.. Was enthält die?
-Wenn der Patient ein 16 jähriger wäre?
- Eltern aufklären oder das Kind kann selber entscheiden wenn er einsichtig ist.
-Muss man den Patientin unter Röntgenbestrahlung operieren?
-Welche Schutzmaßnahmen?
-Hätte der Patient nach der OP verstorben was müssen Sie tun? Kripo anrufen wollte sie unklares Tod hören.
https://www.google.com/search?q=55-R%C3%B6ntgen+Thorax+mit+Infiltrate+beidseitig%2C+ZVK+und+Tubus&sxsrf=AJOqlzV0QMQOc2AwODWPmRSi58TQe38fzg%3A1676914724791&ei=JLDzY8_dL9mNkc8P8dSx4

55-Röntgen Thorax mit Infiltrate beidseitig, ZVK und Tubus
Muss man hier beschreiben https://radiosurf.elearning.aum.iml.unibe.ch/htmls/print_all.html?radiosurf|radthorax|teachingcentral|tx_medium
https://link.springer.com/content/pdf/bbm:978-3-662-47296-5/1.pdf

56- Fall: https://next.amboss.com/de/article/630jjf?q=weber+c&m=08XeO-#Z20089254986daeef720fc99c7d27e297
Röntgen mit Weber C Fraktur, sowie bimalleolore Fraktur https://next.amboss.com/de/article/630jjf?q=weber+c&m=cpYaoJ#Z20089254986daeef720fc99c7d27e297
-Fragen nach Therapie, maisonneuve Fraktur, hier soll man sagen Röntgen vom Knie und Unterschenkel damit man diese maisoneuve fraktur sieht
-Danach fragen nach Therapie : Plattenosteosynthe
Er wollte auch hören Stabilisierung Der beiden malleolen mit Schrauben und Thrombose Prophylaxe am Ende

57- Rö gezeigt, muss beschreiben, es war komplizierte US fraktur, behandlung? Klassifikation von offenen Fraktur?

58- Rö Tibia Fraktur mit lateralen Clips zu sehen, was ist das? Tibia Fraktur, was sehen Sie noch Clips lateral und? Das ist wahrscheinlich Post Fraktur Kompartmentsyndrom, typen von Kompartmentsyndrom? Und Behandlung?

59- Rö, Arthrose, knie Schwellung wie gehen Sie vor?Oberschenkelhas Fraktur, Garden 1, Behandlung ? Typen von Endoprothese? https://next.amboss.com/de/article/bT0H62?q=arthrose&m=Rh0ldf#Z02ddc3c6fe4fae13fc187533ee2e65ba

60- Spannungspneumothorax (2 Röntgen Thorax zu beschreiben).

61- was ist der Name von dieser Bild?? (Beckenübersicht),
Was sehen Sie im Bild??(eingetauschte Oberschenkelhalsfraktur links und hier war der Prüfer zufrieden und sagte das Bild nicht klar und Trotz habe ich das richtig beantwortet).

62- Bild von amputierte Ulna Fraktur und tiefe Schnittwunde im Stirn infolge Hochrasanttrauma. Ich wurde gefragt, was ich machen. Nach cABCDE. Keine A Probleme keine B und C Probleme. D und E muss ich erklären und fragen, genaue. Keine andere Verletzung.
-Ich muss erklären welche ist wichtig warum zu erst. pDMS? Ja klar Durchblutung gestört. Sofort OP, analgesie, Antibiotika.
-Noch was ? Er sagte Tetanus Schutz. Aber welche? Aktiv oder Passiv? Ich: passiv. Dann musste ich über Impfung erklären. Dann hat er sagt, beide Impfung.

63-Fall:
Röntgen Bild gezeigt und war Ileus.
Ileus typen, Unterschied.

-Was macht man in Notaufnahme (Magensonde, Flüssigkeit, Analgetika), CT Abdomen mit KM dann OP

64-Röntgen Thorax mit Lobär Pneumonie. Behandlung? https://next.amboss.com/de/article/mh0Vef?q=Lob%C3%A4r+Pneumonie&m=S1ayTj#Z002d6f357fe825fba5459619a
https://next.amboss.com/de/article/mh0Vef?q=Lob%C3%A4r+Pneumonie&m=uAYpl7#Z002d6f357fe825fba5459619a

65- Röntgen mit Pneumothorax und Behandlung

66- Schultergelenk-Luxation Rö-Bild
zuerst DMS dann Reposition

67- Bild mit **Bimalleolarfraktur** / Sprunggelenkfraktur**?**
Diagnostik und Therapie

68- Bild gezeigt ist die Stelle richtig von TD? Es war in Mittelfeld von Lunge Re. Ich habe gesagt es muss apikal sein weil Luft sammelt sich oben

69- Bild pneumothorax ist mehr geworden.
Was machen sie Jetzt? Ich habe gesagt VATS.

70- Kompartment-Syndrom und Sprunggelenkfarktur Weber B (Bild)

71- Rg Thorax mit Pneumonie beschreiben, warum p.a. und nicht a.p. Aufnahme.

72- Rö-Thorax mit einseitigem Pleuraerguß bekommen, strukturiert beurteilen

73- Rö-Thorax gezeigt. Interpretieren?
Das war ein UpDown Magen Syndrom.

74- Rö-Becken—Becken Fraktur https://next.amboss.com/de/article/n307Qf?q=Becken+Fraktur&m=MH0MIh#Z79d51cdd9dd0bdd0b993a0f6424628e6
-Was sind die Gefahren? (Intraabdominelle Verletzungen und Blutungen)

75- Röntgenbild des Thorax bei 20 jährigem pat mit plötzlicher Thorakalschmerzen,
-beschreiben Sie ? , was ist Diagnose (pneumothorax) ,
-Ursache (traumatisch und Spontan) und was noch bei z.B Gastroskopie ich sagte iatrogen er sagte richtig
-Therapie und wie wird die Dränage durchgeführt? Und malen Sie wo ist dränagestelle genau in ICR ? oberand der unteren Rippe von ICR.

76- Bild für pneumothorax. Was ist das. Wie gehen Sie vor?. Anderes Bild auch für pneumothorax aber mit mediastinaler Verschiebung. Warum, was ist der Unterschied dazwischen, Ursachen, Wie gehen Sie Vor.

77- Rötgenbild . Thoraxröntgen mit massiver Verschattung der gesamte Seite rechts, Herzschrittmacher, und Mediastinumverschiebung ZUR DER RECHTEN SEITE!.
Fragen:
-was konnte das sein? entweder massiver Erguss oder Lungenkollaps. er sagte richtig.
-Worauf achten wir? Erguss heißt Flüssigkeit und braucht Volumen, und im gegensatz zu diesem Fall wobei es sich um eine massive Lungenkollaps handelte.
das was habe ich daran erinnert.

Pneumonie: Pleuraerguss:Tumoren:Tuberkulose:
Verletzungen: Traumatische Verletzungen wie Rippenfrakturen oder Lungenkontusionen können ebenfalls zu einer Verschattung auf der rechten Seite führen.

78- Bild, es wurde nachher gemacht. Es zeigte massive Spannungspneumothorax rechts mit Midiastinumverschiebung auf die andere Seite.
Fragen:
-Wie gehen Sie vor?
-Wenn im Krankenhaus dann direkt in OP und dThoraxdrainage, Wenn wir das nicht schnell gewährleisten können dann Punktieren.
-Typen von Thoraxdrainage? wann ziehen wir die ThoraxDrainage?

79- Rötgenbild pertrochantäre femurfraktur
-wo ist der Fraktur?
-was machen wir ? Gammanagel Dynamische Hüftschraube_?
-wann kann man operieren, Pat. nimmt Marcumar?
-was machen Sie? welche Narkose machen Sie: RSI , dann Lange Gespräche über Antikoagulation.

80-Röntgen bild spannung pneumothorax
- Behandlung (wie macht man eine Thoraxdrainage)
-Warum im rippen Oberrand (nerven und Gefäß Schädigung zu vermeiden)
- fragen nach Fraktur Heilung primär und sekundäre (welche osteosynthäse können wir bei Prämie verwenden  (zuggurtungsosteosynthese) und welche bei sekundäre (Fixateure externe) habe ich gesagt .

81- Röntgen Thorax mit einseitige Pleura Erguss
-Frage: was kann es verursachen?

82- Röntgen-Abdomen-Bild gezeigt, Was sehen Sie hier? Pneumoperitoneum (freie Luft, Subphrenische Luftsichel).
-Was machen Sie? Vorstellen des Pat. bei der AV-Chirurgen. Was wird gemacht? Notfall-Laparotomie.
-Welchen Schnitt? Mediane Laparotomie. mittellinien- oder paramedianer Schnitt durch die Bauchdecke, der von der Brustbeinspitze bis zum Schambein reicht. In einigen Fällen kann auch ein Querschnitt oder ein schräger Schnitt durchgeführt werden
-was werden die Chirurgen machen? Verschließen. Wie? Naht

---

der Arteria carotis communis (ACC-Stenose) oder/und einer ihrer Abgangsgefäße,
https://flexikon.doccheck.com/de/Carotisstenose

16-MRT
Angiographie ACC Stenose medial
Welches Gefäß ist verschlossen und wie kann man zwischen Carotis Externa und Interna unterscheiden?
file:///C:/Users/mmah_/Downloads/IICAStenosen.pdf

17-MRT : Verschluss Arterie iliaca und Reperfusionskrankheit (Mechanismus)
https://www.kup.at/journals/abbildungen/gross/7767.html

18-Bild: LWK Kompression Fraktur mit intaktem lig. longit. Posterior, beschreiben; sollen wir operieren? Nein !
Inklusive Perfusion und Inhalation Szintigrafie
https://next.amboss.com/de/search?q=kompressionsfraktur&v=overview&m=q8YCnI

---

https://next.amboss.com/de/article/2R0Tmf?q=-Subarachnoidalblutung&m=ap0QLS#Z5ca9cb574b7d5648d05442dc82551912

-CT-Bild:
19-Aortenaneurysma https://next.amboss.com/de/article/dh0o1f?q=Aortenaneurysma&m=9caNej#Zfa4b82777ecc3ff43bfbfe500d2bad47

20-Dünndarm ileus bei terminal ileitis

https://next.amboss.com/de/article/6S0j0f?q=Leber+Tumor&m=H60KmS#az0Qri
21-Bild war CT Abdomen Leber Tumor Und die DDx, was ist die Häufig beim Kinder: HCC,

22-Lungen Embolie https://next.amboss.com/de/article/oh00Uf?q=lungenembolie+%28amboss-kapitel%29&m=0n0e7g#Z109ebdc29405d0f0b7670dc604254fcd

23-Dann CCT-bilder von intrakranieller Blutungen, https://next.amboss.com/de/article/fR0kmf?q=intrakranieller+Blutungen%2C&m=M5YMkp

24-Anatomische Aufklärung der CT Abdomen.

25- CT-Schädel mit Epiduralem Hämatom,
26-Subduralem Hämatom,
27-Subarachnoidale Blutung und intrazerebrale Blutung, nur zeigen und nennen.
https://next.amboss.com/de/article/2R0Tmf?q=-Subarachnoidalblutung&m=4t03d3#Z5ca9cb574b7d5648d05442dc82551912

28- Ct Abdomen gezeigt und der Patient hat akutes Abdomen das war Thrombose in vena mesentrica sup.
https://medicalforum.ch/de/detail/doi/smf.2017.02977

29- CT Angiographie von Hals-Gefäße soll ich nur sagen was sehe ich (Karotisstenose)

30- CT-Abdomen mit Milz Ruptur ganz deutlich und ich muss das Bild auswerten, welcher Grad (war 4 , ich habe gesagt 3-4) und die andere Organe nur nennen, dann Splenektomie, dann was sollen wir geben nach 4 -woche (Impfung .. Pneum usw. und warum, wegen Opsi-Syndrom) https://next.amboss.com/de/article/Bh0zTf?q=milzruptur&m=QIYucq#Zc4a114b271b4fe70cf375c7fb2ef35d3
, was noch, Ass bis die Blutzellenabbau von Leber übergenommen, ab welcher wert 1 Million Thrompos und ab 500000 absetzen), dann 2 Bilder mit Perforation und Freies Luft (im stehen und Linksseitig).. dann gallen wege und leber malen, mit Leber Arterien, ich habe nur a. Hepaticus gesagt, dann hatte er weiter erzählt, dann Truncus coeliacus malen mit Äste..

31- Patient in ZNA mit akuten Thoraxschmerzen und der Prüfer hat eine CT Bild gezeigt mit Spannung Pneumothorax. Monaldi Bülau Drainage Erklärung. Und danach hat ausführliche gefragt über die Ursachen. Dann laparoskopische Chirurgie nennen sie ein paar Beispiele? welche gaz ist in Bauch ausgefüllt? CO2 wie heißt das ? Kapnoperitoneum was soll man in Beatmung Monitoring einstellen. (Ich arbeite in Anästhesie)

32-Fall:
ein Schädel CT gezeigt mit Epiduralhämatom (Fragen: welche Form hat subdurale und welche hat epidurale Blutung im CT, er fragte, weil ich erstmal subdural gesagt habe).
Fragen:
-welches Gefäß ist hier rupturiert? (Prüfer hat mehrmals eigentlich netterweise geholfen und versuchte mir immer an die richtige Antwort zu orientieren. Er hat selbst geantwortet A. meningeale media).
-Frage nach äußerem Hämatom außerhalb des Schädels (subkutanes Hämatom). Ist das gefährlich? -Ich: nein es besteht dadurch keinen Druck intrakraniell.

-Prüfer: Was sehen Sie noch? (im CT sieht man eine Verlagerung der Mittellinie, deswegen habe ich gesagt es besteht hochwahrscheinlich eine Einklemmungsgefahr.
-Prüfer: gut was ist eingeklemmt und wodurch? (ein Teil vom Hirn durch Foramen magnum, wo sich der Hirnstamm findet, das kann tödlich sein. Atemzentrum und andere vitale Zentren befinden sich im Hirnstamm.
-Prüfer: Noch einen Befund?? (es gab ein hypodenses Areal links).
-Prüfer: es ist eine normale anatomische Struktur. (jetzt war mir klar das war der Ventrikel). Was passiert hier und wo ist der andere Ventrikel. (komprimiert durch die Mittellinienverlagerung)
-Was machen sie jetzt? (Trepanation). Gut. also Druckentlastung. Aber sie sind in einem kleinen Krankenhaus, es gibt keinen Neurochirurgen. Was nun? Bohrlochtrepanation.
-Wenn keine Druckentlastung gemacht wird. der Patient liegt auf Intensivstation.
-Was wird bei ihm passieren? (mehr Druckerhöhung intrakraniell → mehr Kompression es Hirnstammes → Tod!!). Ja aber Tod wegen was? (wegen Einklemmung). Ja aber er stirbt wegen was anderes. (ich konnte nicht mehr was sagen. Er hat ein Mechanismus erklärt, dass es nun ein Druckunterschied zwischen Außen und Innen der Hirngefäße besteht.

33-Bild Sono von abdomen über rechte Niere frei Flüßigkeit habe ich gezeigt.
Was kann sein? Verletzung von vizerale Organen welche Organen? https://www.youtube.com/watch?v=B46jQBgQJRI
was machen wir? Operation. Direkt? Ich habe gesagt wenn hämodynamisch instabil ja wenn nicht zuerst polytrauma CT.
- Dann er hat CT gezeigt von Abd? Ich habe Flüßigkeit gegen Leber und Milz gezeigt. Ja richtig das war lazeration von MiLz.

34-CT Thorax ein Pneu links
-Was machen Sie? Drainage
-Notfallsituation?Exsuflation.

-Mit was? VVK.
Und welche? Ich habe gesagt ab Grün. Er meinte eine Graue wurde passen.


35- wir sind bei eine inkarzerierte Paraombilicale Hernie gelandet und hat mir ein CT gezeigt?
(Das war sehr eindeutig). https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/inkarzeration-erkennen-und-bei-bauchschmerzen-auch-an-innere-hernien-denken
https://de.wikipedia.org/wiki/Hernie#/media/Datei:Richter-Hernie_82W_-_CT_paraaxial_KM_pv_-_001_-_Annotation.jpg

36- CT- Lungenembolie
Th Lyse und Profilaxe Antikoagulation für 6 Monaten (ich habe 3 gesagt, was nicht richtig war aber würde entspannt diskutiert über neue Leitlinie)

37- CT-abdomen Bild gezeigt, in dem freie Flüssigkeit und erweiterte Darmschlingen durch eine Verengung des Darms zu sehen

---

Labor Bild Panzytopenie: Ursache welche Medikamente. Wie gibt man Metotrexat.

28-Bild Von :

1-Bild venöse Insuffizienz https://next.amboss.com/de/article/gh0FWf?q=en%C3%B6se+Insuffizienz&m=E6Y85J
Pathophysiologie, DD


2-Bild Panaritium und Behandlung

https://next.amboss.com/de/article/rh0f2f?m=JLYsAp#bgaHFP

3-Bild Kompartment Syndrom mit folgender Anamnese
(Pat ist in der Wohnung gestürzt, lag über 2 Tage am Boden, nimmt Marcumar, aktuell starke Unterschenkelschmerzen, im Rö keine Fraktur).

4- Bild Shunt, wie und was anatomisch (eine von der Ärztin war Gefäßchirurgin).

29-physikalische Grundlage der Ultraschal, CT, MRT (wie funktioniert)


30-Kontrastmittelallergie (Perchlorat, Wirkmechanismus? Cortison i.v, welches?+ Antihistaminikum+ PPI, Flüssigkeit iv Ein- Ausfuhr, ggfs. Diuretika) Prednisolon (z.B. Prednisolon-AL®) 250–1.000 mg i.v. als Bolus

31-Bild Schulterdislokation ,Komplikation ? Brachial Plexus, art. axillares

32- Schulterluxation, hat Bilder gezeigt, Behandlung, Vorgehen in der Notaufnahme, welche Plexus kann betroffen sein ?
Komplikationen dazu

33- Schulter-dislokation. Klassifikation und Reposition und wann OP


34-Fall:
der Prüfer mir ein Bild gezeigt und sagte was ist das?
(das Bild war nicht klar mehrere rote Flecken am US, ich habe gesagt Erysipel oder Zeckenstich aber Das Bild war Erythema Nodosum)
https://www.google.com/search?q=Erythema+Nodosum&sxsrf=AJOqlzUpEhl3joq7PBzYdSW13Wak8koNDg:1677086394551&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=

-welche Erkrankungen können Erythema Nodosum verursachen? ich habe gesagt Autoimmun Krankheiten dann sagte
-welche? Ich SLE dann sagte Als Gastrologie was? Ich sagte CED und das war die richtige Antwort).

Schuppenflechte (Psoriasis)
35- Bild von einer Hypothyreose (geschwollen Gesicht und Fuß mit Schuppenflechten) gezeigt.
-Da auch übliches über Diagnose. Untersuchung. Symptome. Labor. Behandlung.

36-Bild mit Kompartmentsyndrom mit offene Wunde, dann Fasziotomie mit **Muskelnekrose**
https://www.google.com/search?q=Bild+mit+Kompartmentsyndrom+mit+offene+Wunde,+dann+Fasziotomie+mit+Muskelnekrose&sxsrf=AJOqlzWicHarzkKrhbYI16KzMED-F1G5xA:16770878


37- Bild Mit am ehesten Scapies befahl , beschreiben und was könnte die Ursache sein
https://next.amboss.com/de/article/ck0a5T?q=scabies&m=96aNMl#Z03fd88e0f40ee37cf0385529f3af7db0

38-Bild ein Milpe unter der Mikroskop , was ist das und wie behandelst du es ?
https://www.google.com/search?q=+Milpe+unter+der+Mikroskop&tbm=isch&ved=2ahUKEwi_k5eD2qn9AhVyyAIHHfpSBm8Q2-cCegQIABAA&oq=+Milpe+unter+der+Mikroskop&gs_lcp=CgNpbWcQAzoECCMQJ1CABViAE

39- Bild mit Herpes Befall , was Sehen Sie ? Beschreiben und was machen Sie
Und welche Nerven können betroffen sein https://www.google.com/search?q=Zoster+ophthalmicus:+Zoster+des+Auges+mit+Befall+des+N.+ophthalmicus&sxsrf=AJOqlzXCGPRR
https://www.google.com/search?q=Zoster+oticus%3A++N.+vestibulocochlearis+&tbm=isch&ved=2ahUKEwiAtZbG26n9AhUvuaQKHQ2Q
https://www.huidziekten.nl/afbeeldingen/herpes-zoster-t3-mandibularis-1.jpg

40- Bild von einem Unfall (LKW mit vielen Schäden).
-Was erwarten Sie? Polytrauma.
-Wie gehen Sie vor? ABCDE Schema, KU, dann Habe ich gesagt Sono und Echokardio.
- warum mache ich eine Echokardio? Hab gesagt um eine Tamponade auszuschließen

41-Bild mit Morbus Basedow (ursache , Therapie un NW der Therapie , andere Therapiemöglichkeit) diese patientin würde operiert und am Op Tag klagte über Atemnot und bei Untersuchung Halsschwellung was machen Sie ? (Nachblutung → kompartment Syn).

42- Bild gezeigt (Kompartiment Syndrome)
Fragen:
-Wann wir das sehen was müssen wir der Patient fragen ?
-Was ist einer kompartment überhaupt ?
- welche Symptome kommen in rheinfolge auftreten (schmerzen -Schwellung -parästhisie -ischemische Symptomen)
-Welche Besonderheiten haben die Schmerzen beim kompartment Syndrome (habe ich gesagt nicht ansprechbar auf Schmerzmittel)
-Wie viele kompartment gibt es im Unterschenkel ? 4
-Warum hat der Patient parästhsie (nervus tibialis anterior) ?? dann Behandlung
Durch Druckzunahme in dieser Loge wird die darin verlaufende A. tibialis anterior komprimiert.
Ergeben sich aus der Läsion des in der Extensorenloge verlaufenden N. fibularis profundus (alt: N. peroneus profundus)
43- Bild mit 5 Typen oberen Sprunggelenkfrakturen.
Fragen:
-Beschreiben und nach Weber Klassifizieren. Ich habe vergessen, die Namen von 2 Sonderformen

---

6-Fotos von:
1-Hyperthyreose
2-Fußgangräne https://www.google.com/search?q=Fu%C3%9Fgangr%C3%A4n&sxsrf=AJOqlzU6KTbnFr_JH_2pt4jBLvKnWWB2ug:1677090539780&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahU
3-Erysipel https://www.google.com/search?q=erysipel&tbm=isch&ved=2ahUKEwjE_82Q4an9AhUZkaQKHYh_DdkQ2-cCegQIABAA&oq=erysipel&gs_lcp=CgNpbWcQAzIECCMQJzIFCAAQgA
-Erythema migrans (Behandlung und Komplikation) https://www.google.com/search?q=erythem+migrans&tbm=isch&ved=2ahUKEwiJnNKh4an9AhVFkaQKHX2VADoQ2-cCeg
4-rheumatoide Arthritis https://next.amboss.com/de/article/-f0DK2?q=4-rheumatoide+Arthritis&m=VhaG14#Z24c29b6ce4d9bdffc03554e9968c9f2d
-Fazialisparese (Facialis Parese: beschreiben, wie weiß man ob zentral oder peripher? Welche Muskeln werden durch N. fasziales innerviert ?) https://next.amboss.com/de/article/FR0gKf?q=-Fazialisparese&m=wJahwl#Z8b8d4daaade7c9f8bf2d72c5090508b5
6-Morbus Sudeck https://www.google.com/search?q=Komplexes+regionales+Schmerzsyndrom+(CRPS,+Sudeck-Dystrophie,+Morbus+Sudeck)&sxsrf=AJOqlzUs2X9aue6K0iqJzkYdnRJvpwlz
7-Kachexie(DD, Parenteral Ernährung bei kachektischen Pat alles ganz detailliert),


7- Der Unterschied zwischen Plasma & Serum (er wollte Gerinnungsfaktoren hören)

8- PPSB (Prothrombinkonzentrat)? Warum und wie geben wir dass ? Warum Konakion ?
st die Bezeichnung für ein Blutprodukt, in dem die folgenden Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren konzentriert sind: Faktor II – Prothrombin. Faktor VII – Prokonvertin. Faktor IX – antihämophiler Faktor B.

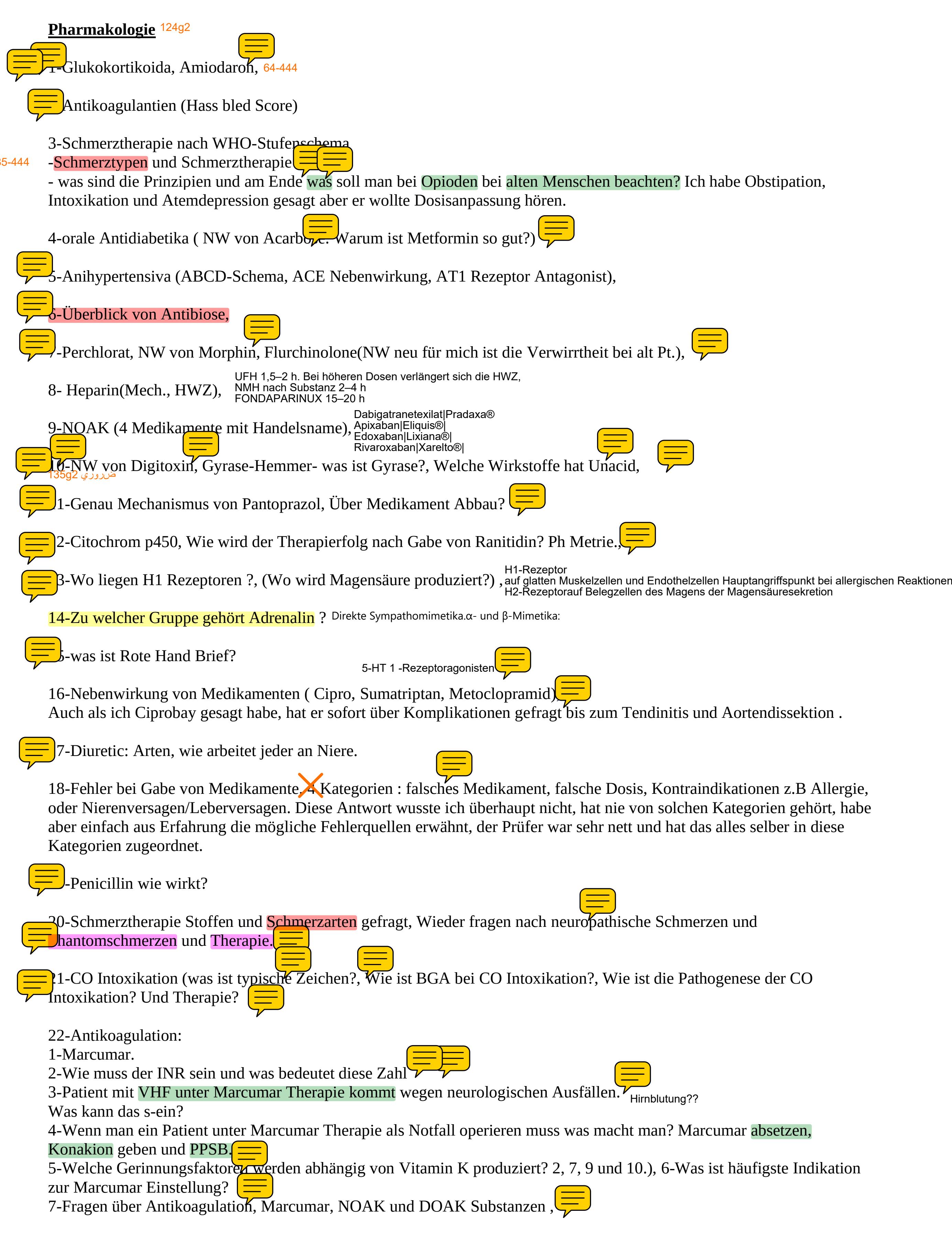
9- Welche Entzündungsparameter kennen Sie? CRP, BSG, Procalcitonin (bei bakterieller Entzündung wird als erste Parameter erhöht) was als erstes?


10- Foto. Dann Aortendissektion: Symptome , Klassifikation, und Behandlung nur oberflächlich.
https://next.amboss.com/de/article/M50Mkg?q=Aortendissektion%3A&m=ZJ0ZsS#Zc3abad6c1d9f5015ebc9caad921338af

11- Bild für eine Frau mit Struma und Exoph.

12- Fotos eines Erysipel am Fußrücken mit Mykose.
Was ist die Ursache? Erreger Streptokokkus und eine Portinfektion.
Was für Antibiotika. Penicillin.

Wie wirkt? Zerstört den Zellwand der Bakterie, bakterizid.



Pharmakologie 124g2

1-Glukokortikoida, Amiodaron, 64-444

Antikoagulantien (Hass bled Score)

3-Schmerztherapie nach WHO-Stufenschema

385-444 -Schmerztypen und Schmerztherapie

- was sind die Prinzipien und am Ende was soll man bei Opioden bei alten Menschen beachten? Ich habe Obstipation, Intoxikation und Atemdepression gesagt aber er wollte Dosisanpassung hören.

4-orale Antidiabetika (NW von Acarbose. Warum ist Metformin so gut?)

5-Anihypertensiva (ABCD-Schema, ACE Nebenwirkung, AT1 Rezeptor Antagonist),

6-Überblick von Antibiose,

7-Perchlorat, NW von Morphin, Flurchinolone(NW neu für mich ist die Verwirrtheit bei alt Pt.),

8- Heparin(Mech., HWZ), UFH 1,5–2 h. Bei höheren Dosen verlängert sich die HWZ,
NMH nach Substanz 2–4 h
FONDAPARINUX 15–20 h

9-NOAK (4 Medikamente mit Handelsname), Dabigatranetexilat|Pradaxa®
Apixaban|Eliquis®|
Edoxaban|Lixiana®|
Rivaroxaban|Xarelto®|

10-NW von Digitoxin, Gyrase-Hemmer- was ist Gyrase?, Welche Wirkstoffe hat Unacid,
135g2 ضروري

11-Genau Mechanismus von Pantoprazol, Über Medikament Abbau?

12-Citochrom p450, Wie wird der Therapierfolg nach Gabe von Ranitidin? Ph Metrie.,

13-Wo liegen H1 Rezeptoren ?, (Wo wird Magensäure produziert?) , H1-Rezeptor
auf glatten Muskelzellen und Endothelzellen Hauptangriffspunkt bei allergischen Reaktionen
H2-Rezeptorauf Belegzellen des Magens der Magensäuresekretion

14-Zu welcher Gruppe gehört Adrenalin ? Direkte Sympathomimetika.α- und β-Mimetika:

15-was ist Rote Hand Brief?

5-HT 1 -Rezeptoragonisten

16-Nebenwirkung von Medikamenten (Cipro, Sumatriptan, Metoclopramid)
Auch als ich Ciprobay gesagt habe, hat er sofort über Komplikationen gefragt bis zum Tendinitis und Aortendissektion .

17-Diuretic: Arten, wie arbeitet jeder an Niere.

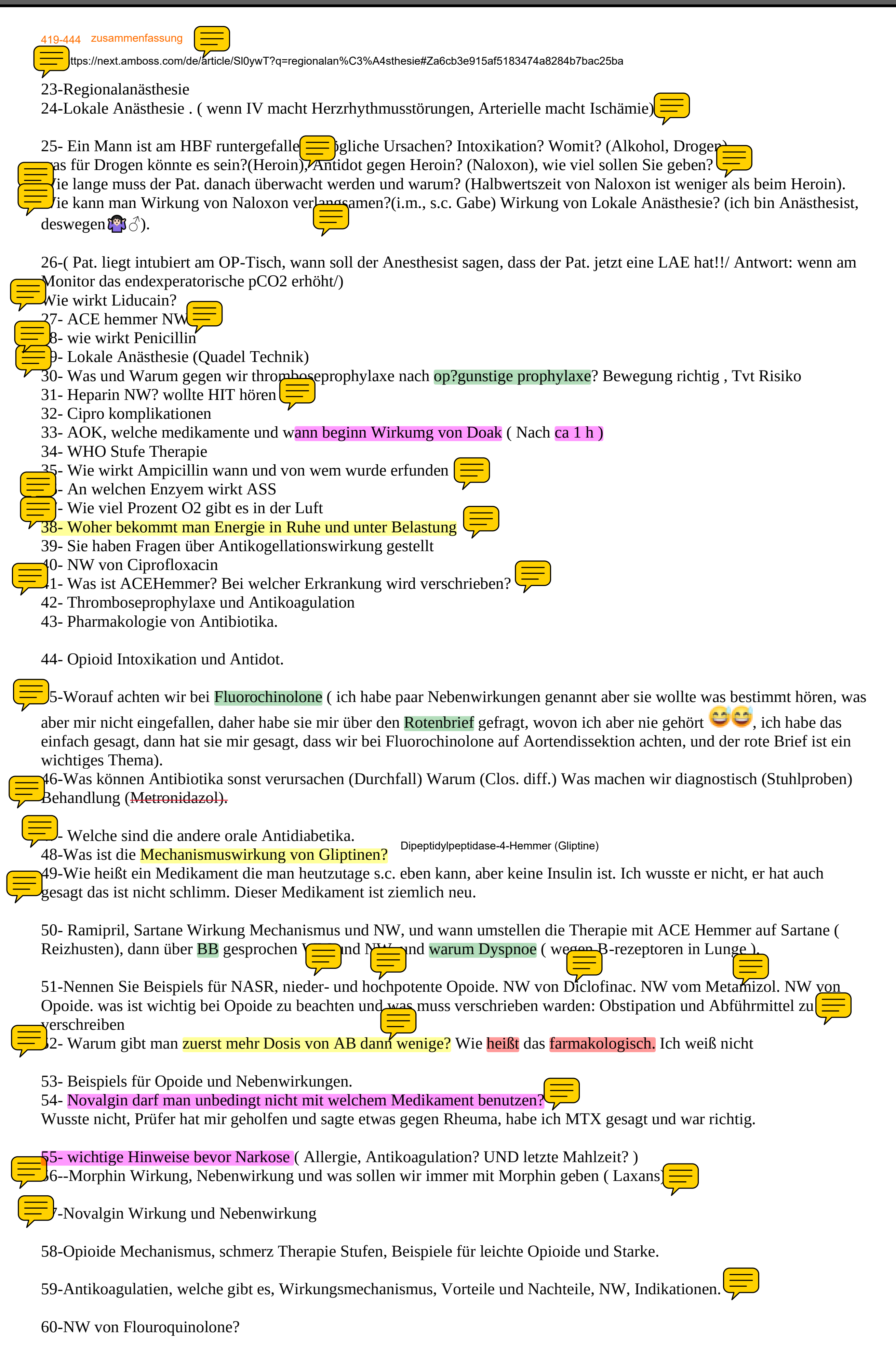
18-Fehler bei Gabe von Medikamente, 4 Kategorien : falsches Medikament, falsche Dosis, Kontraindikationen z.B Allergie, oder Nierenversagen/Leberversagen. Diese Antwort wusste ich überhaupt nicht, hat nie von solchen Kategorien gehört, habe aber einfach aus Erfahrung die mögliche Fehlerquellen erwähnt, der Prüfer war sehr nett und hat das alles selber in diese Kategorien zugeordnet.

-Penicillin wie wirkt?

20-Schmerztherapie Stoffen und Schmerzarten gefragt, Wieder fragen nach neuropathische Schmerzen und Phantomschmerzen und Therapie.

21-CO Intoxikation (was ist typische Zeichen?, Wie ist BGA bei CO Intoxikation?, Wie ist die Pathogenese der CO Intoxikation? Und Therapie?

22-Antikoagulation:
1-Marcumar.
2-Wie muss der INR sein und was bedeutet diese Zahl
3-Patient mit VHF unter Marcumar Therapie kommt wegen neurologischen Ausfällen. Hirnblutung??
Was kann das s-ein?
4-Wenn man ein Patient unter Marcumar Therapie als Notfall operieren muss was macht man? Marcumar absetzen, Konakion geben und PPSB.
5-Welche Gerinnungsfaktoren werden abhängig von Vitamin K produziert? 2, 7, 9 und 10.), 6-Was ist häufigste Indikation zur Marcumar Einstellung?
7-Fragen über Antikoagulation, Marcumar, NOAK und DOAK Substanzen ,



419-444 zusammenfassung

https://next.amboss.com/de/article/Sl0ywT?q=regionalan%C3%A4sthesie#Za6cb3e915af5183474a8284b7bac25ba

23-Regionalanästhesie
24-Lokale Anästhesie . (wenn IV macht Herzrhythmusstörungen, Arterielle macht Ischämie)

25- Ein Mann ist am HBF runtergefalle gliche Ursachen? Intoxikation? Womit? (Alkohol, Drogen)
as für Drogen könnte es sein?(Heroin), Antidot gegen Heroin? (Naloxon), wie viel sollen Sie geben?
ie lange muss der Pat. danach überwacht werden und warum? (Halbwertszeit von Naloxon ist weniger als beim Heroin).
ie kann man Wirkung von Naloxon verlangsamen?(i.m., s.c. Gabe) Wirkung von Lokale Anästhesie? (ich bin Anästhesist, deswegen🤷‍♂️).

26-(Pat. liegt intubiert am OP-Tisch, wann soll der Anesthesist sagen, dass der Pat. jetzt eine LAE hat!!/ Antwort: wenn am Monitor das endexperatorische pCO2 erhöht/)
Wie wirkt Liducain?
27- ACE hemmer NW
8- wie wirkt Penicillin
9- Lokale Anästhesie (Quadel Technik)
30- Was und Warum gegen wir thromboseprophylaxe nach op?gunstige prophylaxe? Bewegung richtig , Tvt Risiko
31- Heparin NW? wollte HIT hören
32- Cipro komplikationen
33- AOK, welche medikamente und wann beginn Wirkumg von Doak (Nach ca 1 h)
34- WHO Stufe Therapie
35- Wie wirkt Ampicillin wann und von wem wurde erfunden
- An welchen Enzyem wirkt ASS
- Wie viel Prozent O2 gibt es in der Luft
38- Woher bekommt man Energie in Ruhe und unter Belastung
39- Sie haben Fragen über Antikogellationswirkung gestellt
40- NW von Ciprofloxacin
41- Was ist ACEHemmer? Bei welcher Erkrankung wird verschrieben?
42- Thromboseprophylaxe und Antikoagulation
43- Pharmakologie von Antibiotika.

44- Opioid Intoxikation und Antidot.

5-Worauf achten wir bei Fluorochinolone (ich habe paar Nebenwirkungen genannt aber sie wollte was bestimmt hören, was aber mir nicht eingefallen, daher habe sie mir über den Rotenbrief gefragt, wovon ich aber nie gehört 😅😅, ich habe das einfach gesagt, dann hat sie mir gesagt, dass wir bei Fluorochinolone auf Aortendissektion achten, und der rote Brief ist ein wichtiges Thema).
46-Was können Antibiotika sonst verursachen (Durchfall) Warum (Clos. diff.) Was machen wir diagnostisch (Stuhlproben) Behandlung (~~Metronidazol~~).

- Welche sind die andere orale Antidiabetika.
48-Was ist die Mechanismuswirkung von Gliptinen? Dipeptidylpeptidase-4-Hemmer (Gliptine)
49-Wie heißt ein Medikament die man heutzutage s.c. eben kann, aber keine Insulin ist. Ich wusste er nicht, er hat auch gesagt das ist nicht schlimm. Dieser Medikament ist ziemlich neu.

50- Ramipril, Sartane Wirkung Mechanismus und NW, und wann umstellen die Therapie mit ACE Hemmer auf Sartane (Reizhusten), dann über BB gesprochen und NW und warum Dyspnoe (wegen B-rezeptoren in Lunge).

51-Nennen Sie Beispiels für NASR, nieder- und hochpotente Opoide. NW von Diclofinac. NW vom Metamizol. NW von Opoide. was ist wichtig bei Opoide zu beachten und was muss verschrieben warden: Obstipation und Abführmittel zu verschreiben
52- Warum gibt man zuerst mehr Dosis von AB dann wenige? Wie heißt das farmakologisch. Ich weiß nicht

53- Beispiels für Opoide und Nebenwirkungen.
54- Novalgin darf man unbedingt nicht mit welchem Medikament benutzen?
Wusste nicht, Prüfer hat mir geholfen und sagte etwas gegen Rheuma, habe ich MTX gesagt und war richtig.

55- wichtige Hinweise bevor Narkose (Allergie, Antikoagulation? UND letzte Mahlzeit?)
56--Morphin Wirkung, Nebenwirkung und was sollen wir immer mit Morphin geben (Laxans)

7-Novalgin Wirkung und Nebenwirkung

58-Opioide Mechanismus, schmerz Therapie Stufen, Beispiele für leichte Opioide und Starke.

59-Antikoagulatien, welche gibt es, Wirkungsmechanismus, Vorteile und Nachteile, NW, Indikationen.

60-NW von Flouroquinolone?

61-Metamizol warum ist häufig verschrieben (NW und Vorteile gegenüber NSAR)? 

62- Schmerzmittel Klassifikation, NW von Morphin und Metamizol und NSAR
63- Antidot von Paracetamol Toxizität, Morphin Toxizität, Blutung unter Pradaxa und Antidot als Medikamente gegen andere NOAK.
64- WHO Stufe Therapie 1,2,3 welche Medikamenten bei jede nicht Opioide und niedrig Potente und Hochpotenzen Medikamenten?

65- NW für Metamizol? gronulozytose.
66-Geben sie Metmizol für Patient, der Metotroxat nimmt? Nein weil beide die Knochenmark suppressieren.
67-NW für Opioid? bis Harnverhalt, Nausea, Obstipation, bei Überdosierung Vigilanztstörung, Hypotonie Bradykardie bei Methadon QTc Verlängerung.
68-NW für Iboprufen: aHT, kardiale dekompensation, Nephrotoxisch, GI Beschwerden selten Asthmaanfälle und Agranulozytose

69-Nach üblichen Fragen nach Heparin-Typen, Unterschied und Wirkungsmechanismus.
Welche Normbereich hat Faktor X ? 😐 % (Prozent der Norm) 70–140 %
Faktor-X-(Stuart-Prower-Faktor-)Aktivität

Penicillin-bindendes Protein (PBP

70-Wer hat Penicillin erfunden, Wirkungsmechanismus und an welche Wandprotein bindet sich das Penicillin ?

71-Clopidogrel und ASS (Wirkungsmechanismus)

72- welche akute Nebenwirkung von Furosemid? A: u. a. arterielle Hypotonie.

73- Paracetamol, welche Dosierung, max Dose, welche NW, wann lethal ab 7 g. Welche Antidot(SEHR WICHTIG).

74- Wirkungsmechanismus der Penicillin (Bakterizid, verhindert die Membransynthese und daher bakterientod)

tägliche Maximaldosis: 4 g
75-Paracetamol-Intoxikation, Folgen? Letaldosis (Ist Suizid durch eine 20-Tabletten-Packung möglich)? Behandlung? Antidot? Acetylcystein.

76-Opioide-Antidot? Naloxon

Malen:

Die wichtigsten Anatomie-Fälle, die man mahlen muss sind:
1-Harnwege / Nieren mit Harnleiter und Haupt Gefäße zeichnen .
2-Leber mit Gallengängen / Pankreas, Duodenum / Wo mündet die Galle ? ich konnte nicht antworten. Er wollte Duodenum hören (Ampulle vateri). / wie viel Leber Segmente nach Couinaud , ich:6 (waren 8) / Gefäße der Leber ,dann Trunkes coeliacus und seine Äste (hier fehlte mir Arteria gastrica sinistra)
3-Zirkel von Willis
4-Magen und die Teile -Durchblutungversorgung
5-Bauchaorta mit Achsen
6-Koronararterien
7-Periphere Arterien der Extremitäten (oberflächlich)
8-Knie-Gelenk
9-Leistenkanal
10-die Große und kleine Kardiale Zirkulation in die Tafel gezeichnet mit Herz Anatomie die Art und Vene und die Klappe
11- Kolon. F: Wie heißen die Teile. F:Wo ist Karzinom häufiger mit nennen die Prozenten in jedem Teil
12- die Hepatische und extrahepatische Gänge gemahlen Äaste von Truncud Celiacus.

13- ein Diagramm gemalt eine Linie Inspiration und die andere Exspiration und die Beziehung mit der Zeit.
Fragen:
- was kannst du davon verstehen?
-hat gefragt ob der Patient hat COPD oder Asthma? war vor und nach Spasmolytika Abgabe
-Dann hat auch die Lungen gemalt mit Einer Linie, die die Lunge R. durch die Mitte teilt
-was sind die D.D und an welchen Diagnostiken Maßnahmen denkt man um jede Krankheit zu bestimmen?

14- Schenkelhernie zeichne (da ich geschockt war, hat der Prüfer selber gezeichnet und ich habe nur Reihenfolge gesagt- von medial: Vene, Art. Und Nerv und medial von Vene kommt Schenkelhernie- das reicht)
Type text here

Anatomie/Histo:

1-AHT Formen : primär und sekundär, Beispiele für sekundär
2- Phäochromozytom (was ist das)
3- Was ist Formen Ovale.. DD mittels TEE.
4- Typ der Epithelien, Charakteristik der Tumoren und Verläufen. Nur logische Antworten wie z.B. "Anal Karzinom. zeigt sich klinisch früher" passten nicht.

5- es war ein Mikroskop mit slide.. und er muss es gucken und sagen Zelltypen.. differential Blutbild , kleines BB, usw..
6- Rektum Anatomie, Leisten Hernie und ihre Anatomie
7-Frage: kennen Sie wo liegt Riolan-Anastomose, ich habe überlegt und sagte an linken Flexur ,war richtig (es war eine Glückstreffer).

-Strahlenschutz 64g2



1-Wie viel Millisievert ist Röntgen und CT
2-wie erklären Sie das dem Patienten (wie eine Flugfahrt)
3- wie funktionieren Sono und CT?
4-Wie viel Kilokalorien muss man essen und wie muss das sein? (Lipid, Protein und Kohlenhydrate mit Anteilen)
5-was ist Frank-Starling-Law?
6- Eine Patientin hat viele Krankenhäuser besucht und wurde hier MS diagnostiziert,
-wie erklären Sie der Familie? man darf ohne Zusage von Tochter nichts machen, ich habe über Autoimmunkrankheit und neurologische Anfälle gesprochen aber das war falsch so schnell zu erklären
-wer kriegt Bestrahlung?
-Welche Organe meistens befallen können?
7- Wie entstehen die Röntgenstrahlen wann und von wem wurde erfunden
8- Wichtigste Regeln beim Strahlenschutz.



9-Strahlenschutzmaßnahmen ,



10-welches Körperregionen immer vergessen? Schilddrüse-Augen -Hände.

11- Strahlenschutz, die 4 oder 5 A (Abstand, Aufenthalt, Abschirmung und die andere erinnere mich nicht),

12-ALARA.



13- was ist Röntgen Strahlung

14- Strahlenschutz Maßnahmen? Abrams, Abschalten,...,..,... nur worte? In o.P? Abstand, Mantel für Kinder in o.p? Kittel

15- Bild Kompartment Syndrom war und wie kann man behandelt und welche Kompartment gibt es in Unterschenkel

16- war über Strahlenschutz und wer kann eine Röntgen anfordern sagte ich eine approbierte Arzt und sagte der Prüfer es gab noch eine Person (ich wusste nicht) der Prüfer sagte eine Facherkund kann das machen! Fachkunde im Strahlenschutz!

17- Was sind die Allgemeine Strahlenschutz(5 A Regeln)

18- Was braucht ein Arzt, um eine Röntgen zu melden ? ich habe Approbation ,Aufklärung und Pat. Verfügung genannt aber er wollte (Strahlen Kurs) hören (das wusste ich eigentlich nicht)

19- Fall:
Ein Kind kommt mit der Mutter in der N.A mit Unterarm Bruch
-welche Verfahren machen Sie um eine Fraktur beim Kind zu identifizieren (außer Röntgen)? Sonographie.



20- Was Tragen wir bei Röntgen? A: ich habe alles gesagt außer der Brille. das wollte sie auch. Ich habe auch gesagt, wir tragen auch einen Sensor zur Strahlenmessen.
21- Wo tragen wie diesen Sensor? unter der Schutzkleidung
22-Woher kommt die Strahlung? von Strahlenbogen bei Durchleuchtung von Oben oder Unten? ich war verwirrt, aber zufällig habe ich gesagt von unten es war richtig.

22-Alara Prinzip was ist dass? Abstand quadrat Gesetz.
-Was ist Abschírmung?



-was muss mann auch beachten? schwangerschaft ? was macht man BHCG habe ich gesagt. menstruatuion ANamnese reicht meint sie.

23- Radiologie fragen , eine Medizinstudentin kommt und du solltest sie Info geben . Was sagen Sie ? 5 A (Abstand , abschiermung , Abdeckung …)
24-Was ist Abstand ?
25-Was sollen wir abdecken ?



26-Wie messen wir Strahlung ?
27-Dosis Meter ?
28-Was sollen wir machen bei BILD Aufnahme um Strahlung zu reduzieren? Alara Prinzip und einblenden

29-Dosimeter?
30-Welche Material haben die Schutzklamotten gegen Strahlung? Er meinte ein Stoff von Metal
31- Strahlenschutz: wie viel Bestrahlung kriegt man in Deutschland innerhalb des Jahres, wie ist die höchste Grenze (1000 mSv ich wusste nicht).

32-Strahlenschutz: wie schutzt man sich Vor Strahlen?
33-Strahlen therapie mit formen Alpha und beta



- **Erste Runde:**
- Die Fälle sind:

1- PAVK oder akuter arterieller Verschluss
2- Divertikulitis
3- Magenkarzinom
4- Cholelithiasis oder Cholezystitis
5- Pyelonephritis
6- Kopfschmerzen oder Migräne
7- Restlesslegssyndrom
8- Pneumonie
9- Hyper- oder Hypothyreose
10-Urolithiasis (selten)
11-Bandscheibenvorfall (selten)
12- Herzinsuffizienz(selten)

- Fragen:
    - Fall Vorstellung
    - Übliche Fragen wie VD, DD
    - weitere Vorgehen, Labor , Sono befund

- **Zweite Runde:**

-Bild-Röntgen-Ct-MRT
-Fragen/Fälle
-EKG

- Die wichtigsten wiederholten EKG-Fälle sind:

1-VHF
2-inferior MI
3-Schrittmacher-EKG,
4-AV-Block II° und III°
5-Schenkelblock (am meisten RSB und LAHB)
6-Normal

-Ortho

- **Dritte Runde:**

-Bild-Röntgen-Ct-MRT
-Fragen/Fälle
- Pharmaka
- Rechtsmedizin
-Allgemeine fragen
-BGA
- Stufenschema zur Schmerztherapie nach WHO

Innere Medizin

1-Kardiologie

1-ACS**
2-HI**
3-Lungen Ödem
4-aHT - Hypertensive Krise – Antihypertensive **
5- HRST – Erregung Leitung System
6-HRST: VHF – Vorhofflattern -AVB – SSS – WPW
7-Synkope **
8-Perikardial Erguss – Perikardium Tamponade
9-Infektiöse Endokarditis
10-Aoetic Dissektion – Aortic Aneurysm
11-Kardiomyopathie

2-Endokrinolgie

1-DM : TTT – Komp – Hyperg Koma **
2-Hypothyrose und Hyperthyeose ** - Thyreotoxische Krise
3-SD Tumor
4-Cusching Syndrom
5-Conns Syndrom Hyperaldostronsimus

3-Hämatologie

1-Anämie
1-Eisenmagel Anämie **
2-Thalassämie
3-Vit B12 Anämie
4-Hämolyse Syndrom
5- Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP) / hämolytische Anämie (HUS)
6-Schelzell Anämie
7-Herditäre sphärozytose / PNH
8-Hamophilie
9-Thrombozytopenie / ITP

4-Pulmologie

1- Pneumonie **
2-COPD – Lungenemphysem
3-Asthma und COPD
4- Atelektase

5- Nephrologie

1-Pyelonephritis **
2-akute Nieren
3-Ch. Nieren
4-Inkretorisch (endokrin)
5-Nierenerstzverfahren (Dialyse)

6- Neurologie

1-Migräne **
2-Kopfschmerzen **
3-Schlaganfall
4-Meningitis
5-Intrakranielle Blutung
6-Epilepsie
7-Prankinson Syndrom
8-Rest Leg Syndrom **

Infektion

1-Händedesinfektion
2-Nosokomiale Inf. **
3-Fieber und Entz. Reaktion
4-Tetanus
5-Durchfall**

Notfallmedizin

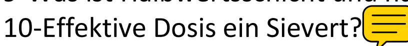
1- Pneumothorax
2- Verbrennung
3-Schock
4-Polytrauma
5-Reanimation ATLS
6-Blut Transfusion
7-Lungenemboli
8-Pluraerguss
9-HRS
10-Synkope
11-Epianfall
12-Unfallchirurgie

Pharmaka

1-Antibiotika + NW
2-Orale Antidiabetika
3-Antikoagulation
4-Analgetika (WHO schmerz Klass)
5-Thrombozyten Aggregation Hemmer
6-Antihypertensive (ABCDE)

Strahlenschutz

1-Abstand Quadrat Gesetz
2-wer muss dosimeter tragen?
3-Haäüfigste betroffene Organen?
4-Massnahmen im Strahlenschutz ? 5A – ALARA Prinzip
5-Wie viel Millisievert im Rö und CT?
6-Was erwarten sie in einer Radio Abteilung ?

7-§38 Strahlschutz
8-was sind Röntgen Strahlung ?
9-Was ist Halbwertsschicht und halbwertsdicke?
10-Effektive Dosis ein Sievert?

11-Allgemeine Strahlenbelastung? Natürlich und künstlich?
12-Kategorien Strahlenexporerter Personen?
13-Wie funktioniert Röntgen - CT - MRT - Sonographie ?

Bildgebende

1-Pneumothorax / Spannungspneumothorax / Spontanpneumothorax + chesttube**
2-Röntgen mit apikalem Herd
3-Pneumoperitoneum
4-Ileusbild**
5-Pneumonie, Lobär Pneumonie **
6-freie Luft in links Seitenlage / Kolonperforation
7-ballonförmigen Schatten , Hiatus Hernie **
8-Morbus Hirschsprung
9-Hohlorgan Perforation
10-Ulkus ventrikuli
11-Dekomp. Herzinsuffizienz mit PE
12- Perforation und Freies Luft
13-Pneumonie **
14-Pleuraerguss
15-Pneumothorax mit Rippenfraktur nach Trauma+ mehreren Drainagen
16-COPD mit Zeichen von Lungenüberblähung
17-Thorax mit Infiltrate beidseitig, ZVK und Tubus
18-UpDown Magen Syndrom

CT

1-Anatomische Aufklärung
2-Aortenaneurysma
3-Dünndarm ileus bei terminal ileitis
4-Leber Tumor
5-Lungen Embolie
6-intrakranieller Blutungen**
7-Epiduralem Hämatom , Subduralem Hämatom **
8-Subarachnoidale Blutung und intrazerebrale Blutung**
9-Thrombose in vena mesentrica sup.
10-Karotisstenose
11-Milz Ruptur
12-Spannung Pneumothorax**

Rechtsfragen der ärztlichen Berufs Ausübung

1-Unterschied zwischen GKV und PKV ?
2-Was ist BGS ? tragen ? versicherte Personen ? zuständig ? Verschierung Schutz ? Student nicht verschreit ?
3-Leitlinie (Entwicklungsgrad und Empfehlungsgrad) – Rechtlinie
4-Aufgaben der Ärztekammer
5-was ist Rote-Hand Brief ?
6-Tod : sichere und unsichere – zur sicheren des Todes ? – Ursachen die Lebenvorgänge auf Minimum red. – Todesschein
life processes
7-Aufklärung ?
8-Betruung ? Aufgaben des Betreuer ?
9-Pat. Verfügung ? Vorsorgevollmacht?
10- >16 LJ und <16 LJ rechte ?
11- Schweigepflicht und wann schweigepflichtsentbindung ?